



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Charakteristika von berufstätigen Personen mit Schmerzen insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und deren Auswirkungen auf die Bewältigung des täglichen Lebens.“

Verfasserin

Alicja Czupak

angestrebter akademischer Grad:

Magistra (Mag.)

Wien, Dezember 2011

Studienrichtung lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas E. Dorner, MPH

Erklärung

Ich, Alicja Czupak, erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als angegebenen Quellen benutzt, sowie keine unerlaubte Hilfe verwendet habe.

Diese Diplomarbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde im Inland und im Ausland vorgelegt worden.

Wien, am 20.10.2011

Alicja Czupak

Zusammenfassung

Ein hoher Anteil der österreichischen Bevölkerung leidet unter chronischen Erkrankungen.

Die am häufigsten auftretenden Beschwerden liegen im Bereich des Bewegungsapparates.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass nicht nur körperliche Faktoren Ursachen für Rückenschmerzen sind, sondern auch psychische, soziale und familiäre Gründe ausschlaggebend sein können. Bei der Entstehung von Rückenschmerzen ist eine Differenzierung nicht möglich, da sich die zahlreichen Ursachen untereinander beeinflussen. Dadurch kommt es nicht nur zur Einschränkung des Gesundheitszustandes, sondern auch zur Verminderung der Lebensqualität.

Die vorliegende empirische Forschungsarbeit soll den LeserInnen die Bedeutung dieser Erkrankung näher bringen. Ziel meiner Arbeit ist, die Einschränkungen bei erwerbstätigen Personen, die unter Rückenschmerzen leiden und dadurch eine verminderte Lebensqualität aufzeigen, zu erforschen. Wichtig hierbei ist die Prävention bei Pflegepersonen, da sie oft von Rückenschmerzen betroffen sind. In weiterer Folge sind nicht nur die beruflichen Einbußen erwähnenswert, sondern auch soziale und familiäre Komponenten. Da es sich bei Rückenproblematik oft um länger andauernde Krankheitsbilder handelt und eine daraus resultierende Langzeitpflege vorprogrammiert ist, fallen die Kosten nicht nur auf den Betroffenen, sondern auch auf das gesamte Gesundheitssystem.

Meine Diplomarbeit besteht aus einem theoretischen und einem empirischen Teil. Der Theorieteil meiner Arbeit umfasst die Erklärung des Schmerzes, die Ursachen der Rückenbeschwerden und der daraus entstehenden Einschränkungen der Lebensqualität. Der empirische Teil bezieht sich auf einen quantitativen Forschungsansatz zum Thema „Charakteristika von berufstätigen Personen mit Schmerzen insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und Auswirkungen des Schmerzes auf die Bewältigung des täglichen Lebens“.

Dafür wurden 107 Personen mittels Fragebogen befragt. Die darin enthaltenen Fragen bezogen sich nicht nur auf demografische Daten, sondern auch auf sportlichen Aktivitäten, Gesundheitsdienstleistungen, Pflegebedarf und Lebensqualität.

Die Hauptergebnisse meiner Arbeit haben gezeigt, dass die höchste Beeinträchtigung im beruflichen Alltag nachgewiesen wurde. Im normalen Alltagsleben sind 49,5% der Befragten stark oder etwas eingeschränkt, was zu einer Herabsetzung der Lebensqualität, Pflegebedarf und erforderlichen Therapien führt. Dabei kann ¼ der Betroffenen nicht auf familiäre Hilfe zurückgreifen und ist auf bezahlte Pflege angewiesen. Kosten entstehen für Private wie für Gesellschaft.

Abstract

A big part of the Austrian population is suffering from chronic pains. Most frequently those ailments lie at the musculoskeletal system.

Scientific surveys show that the reasons for back pain are not only of physical nature, but also psychic, social and familial. It's not possible to distinguish the origin of back pain because all the numerous sources do affect among one another. Thus not only one's state of health is being narrowed but also the quality of life.

The aim of the following thesis is to give an understanding of the importance of that disease to its readers. Due to that it was my concern to research and show the limitation of a working person's life quality who suffers from back pain. The prevention for nursing staff is very important here because those people are affected by back pain very often. Moreover not only the job –related losses are worth mentioning but also the social and familial component. Backache problematics usually are chronic diseases, followed by long term care exceptional costs for individuals as well as for society and the health care system.

My degree thesis consists of a theoretical and an empirical part. The theoretical part of my paper covers the explanation of pain, the cause of backache and the cause of that created restriction of quality of life. The field research „Losses of working people with chronic backache in everyday activities and possible implications for care needs“ focuses on quantitative data.

Therefore I questioned 107 people using a questionnaire. The questions apply on demographic information on the one hand and life style information as sportive activities, health services, care requirement and the quality of life on the other hand.

The main results of my paper showed the highest reduction is in an affected person's vocational life. 49.5% said that they are limited in their day to day activities strongly or somewhat, which leads to a lowering of their quality of life, need of care and therapy. One quarter of those people doesn't get family help, so they are dependent on paid care. Private people as well as society have to bear the costs.

DANKE

an meinen Betreuer Dr. Thomas Dorner, für seine kompetente und interessierte Begleitung während der gesamten Zeit meine Diplomarbeit, für konstruktive Gespräche speziell im statistischen und methodischen Teil

an meinen Freund Dr. Karl Irsigler, für die zahlreichen Ratschläge zur inhaltlichen Darstellung und Gestaltung der wissenschaftlichen Arbeit

an meinen Freund Dr. Dieter Schrottmayer, für die vielen wertvollen Ideen und kompetenten Ratschläge im empirischen Teil meine Diplomarbeit

meinem Lebensgefährten Ralf, der trotz harter Gegenwehr die letzte Korrekturlesung übernommen und wertvolle Tipps bei der Handhabung des Computers gegeben hat

jenen Personen, die sich Zeit genommen haben meinen Fragebogen zu beantworten

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	9
1.1 Persönlicher Zugang	9
1.2 Ziel dieser Arbeit	10
1.3 Voraussetzungen	11
 Teil I: Theoretischer Teil	 13
2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	13
2.1 Situationen die dem Rücken zusetzen	15
3. Der Wandel im Schmerzkonzept	17
3.1 Chronische Schmerzen als eigenständiger Krankheit	22
3.2 Der typische Schmerzpatient	22
4. Entstehung chronischer Rückenschmerzen	23
4.1 Seelische Ursachen für Rückenschmerzen	25
4.2 Bewegungsmangel als Ursache von Rückenschmerzen	27
4.3 Bewegungstherapie	29
4.4 Die Rolle des Arbeitsplatzes	31
5. Die erste Rückenschule	34
5.1 Ziele der Rückenschule	34
5.2 Die neue Rückenschule	36
6. Methode	37
6.1 Forschungsfrage	38
6.2 Klientenbeschreibung	39
6.3 Fragebogen	39
 Teil II: Empirischer Teil	 41
7. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	41
7.1 Demografische Daten	41
7.2 Körperliche Aktivitäten	44
7.3 Gesundheitszustand	45
7.4 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	50

7.5 Auswirkungen auf die Lebensqualität und die allgemeine Befindlichkeit im Alltagsleben	52
8. Ausarbeitung der Forschungsfrage	59
8.1 Welche Verluste an Aktivitäten des täglichen Lebens erleiden Personen mit nicht chronischen und chronischen Rückenschmerzen	59
8.2 Welche Folgen haben Einschränkungen im täglichen Leben im Speziellen auf die Arbeitsfähigkeit	63
8.3 Die Analyse des Pflegebedarfs zufolge der Einschränkungen im Alltagsleben	66
8.4 Therapien als Mittel zur Schmerzlinderung	68
8.5 Prävention und betriebliche Gesundheitsvorsorge insbesondere bei Rückenbeschwerden	70
9. Schlussbetrachtung und Ausblick	76
Anhang	80
Literaturverzeichnis	80
Abbildungsverzeichnis	85
Tabellenverzeichnis	86
Fragebogen- Erhebungsinstrument der Untersuchung	88
Übungen für eine gesunde Wirbelsäule im täglichen Leben	94
Curriculum Vitae	97

*„Wer nicht jeden Tag etwas Zeit für seine Gesundheit aufbringt
muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern.“*

Sebastian Kneip

1. Einleitung

1.1 Persönlicher Zugang

Die Hauptmotivation für meine Diplomarbeit war die tagtägliche Beobachtung, dass der Rücken vielen Menschen Probleme bereitet. Darüber hinaus kann nicht geleugnet werden, dass Wirbelsäulenerkrankungen heutzutage in unserer Gesellschaft eine dominante Stellung einnehmen. Epidemiologischen Bewertungen zufolge leiden ca. 75 % der Bürger in den westlichen Industriestaaten zumindest einmal im Leben an Rückenschmerzen; davon sind Frauen und Männer gleichermaßen betroffen.¹

Es ist leicht zu erkennen, dass effiziente Behandlungsmethoden im Bereich der Skelett- und Muskelerkrankungen eine Marktnische darstellen. Ich habe mir oft die Frage gestellt, welche Verluste an möglichen Aktivitäten im täglichen Leben müssen Personen mit chronischen Rückenschmerzen erleiden, vor allem auch solche, die noch mitten im Arbeitsleben stehen. Es ist mir bald klar geworden, dass sich daraus in Zukunft ein hoher Pflegebedarf ergeben wird.

Seit mehr als einem Jahrzehnt erfülle ich sowohl an Gesunden wie an Kranken die wichtige Aufgabe, zur Erhaltung der Gesundheit im Rückenbereich und der damit in Zusammenhang stehenden Körperstrukturen, die durch ein Rückentraining mitversorgt werden, einen entsprechenden Beitrag zu leisten. Dabei kann ich persönlich den Vorteil sowohl einer medizinischen als auch einer sportlichen Ausbildung vorweisen. Als diplomierte Gesundheit- und Krankenschwester DGKS (seit 22 Jahren) und diplomierte Wellness Trainerin (seit 12 Jahren) ist man näher bei der Materie als ohne Zertifikat. Die Kombination von Erfahrungen aus beiden Bereichen ermöglicht es mir, bei der Rückenschulung jeweils entsprechende Anweisungen zu geben. Die Haupt-Zielgruppen, die ich dabei anspreche, sind einerseits Büroangestellte und andererseits Pflegepersonal, denn für beide Gruppen gilt im selben Ausmaß: Mangelnde Bewegung kann ebenso schlecht sein wie falsche Bewegung.

Selbstverständlich gibt es im Bereich der Rückenschule eine Vielzahl von Therapien: die Rückenschule im engeren Sinn, also die leichteste Form, die auch als Schnittstelle zwischen Prophylaxe und Therapie aufgefasst werden kann, ferner Physiotherapie, Psychotherapie und

¹ vgl. Fiebeler-Krause et al, 2004, S. 5

medikamentöse Therapien. Bei eindeutiger Indikation kann sogar eine Operation in Frage kommen. Die Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach einem operativen Eingriff ist selbstverständlich recht hoch, in sehr vielen Fällen ist sogar monatelange Pflege ratsam bis lebensnotwendig. In besonderen Fällen – etwa im Bereich der Geriatrie – kann die Pflege ein unverzichtbarer Bestandteil des weiteren Lebens bleiben. Bei Berufstätigen kommt es fast immer zu hohen Arbeitsausfällen, was schließlich auch finanzielle Einbußen und Defizite im Privatleben nach sich ziehen kann.

Den diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern (-pflegern) kommt daher auch ein präventiver Auftrag zu, was rechtzeitige Kooperation mit den Patientinnen und Patienten erfordert. Meiner Meinung nach ist die Zusammenarbeit mit Experten aus anderen Berufsfeldern wie z.B. Physiotherapeuten oder Sportwissenschaftlern, Mediziner*innen eine wesentliche Ergänzung und Bereicherung.

1.2 Ziel dieser Arbeit

Wie bereits erwähnt ist das Ziel meiner Diplomarbeit die Auseinandersetzung mit einer der häufigsten Krankheiten der Zivilisationsgesellschaft, nämlich mit chronischen Rückenschmerzen. Oft ist das Einzige, was den Patienten übrig bleibt, mit Schmerzen leben zu lernen. Nachdem es bis heute keine effiziente Strategie gibt, um chronische Schmerzen langfristig zu beseitigen sollten noch mehr Möglichkeiten geboten werden Menschen dahin zu bringen, ihre Schmerzsituation anzunehmen und ihnen Wege aufzuzeigen, die die Lebensqualität und das Wohlbefinden verbessern. Selbstverständlich ist eine kurzfristige medikamentöse Linderung möglich, ja sie ist sogar sehr einfach. Auch die Gabe stärkerer Dosen bis hin zur Verwendung von Opioiden ist denkbar. Diese Beobachtung habe ich in der Schmerz – Ambulanz des SMZ- Ost (Donau Spital) gemacht, wo ich jahrelang tätig war.

Im Ganzen betrachtet wird der Rücken oft sozusagen als „Stiefkind“ behandelt. So lange normale Bewegungsabläufe möglich sind, machen sich die wenigsten Personen darüber Gedanken. Zwei Beobachtungen weisen allerdings darauf hin, dass auch dem gesunden Rücken mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, als es de facto geschieht: einerseits die steigende Lebenserwartung und andererseits die Tendenz, immer weniger körperlich aktiv zu sein.

Die Wichtigkeit einer Arbeit wie dieser geht auch daraus hervor, dass die hier beschriebenen Leiden letzten Endes auch zum Verlust der Beschäftigung bzw. der Arbeitsstelle führen kön-

nen, nämlich dann, wenn die chronischen Schmerzen sich steigern und zu einem unlösbaren Problem werden. Mit chronischen Schmerzen zur Arbeit zu gehen ist längerfristig gesehen nicht zumutbar; deshalb ist es notwendig, dass die davon Betroffenen sowohl die Zeit als auch die entsprechenden Möglichkeiten für die Pflege erhalten.

1.3 Voraussetzungen

In unserer heutigen Zivilisationsgesellschaft hat sich medizinisch in vielen Bereichen sehr viel Gutes getan. Etliche Gefahren, wie beispielsweise Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie manche Krebs- und Infektionskrankheiten, konnten drastisch eingedämmt oder durch Vorsorge bzw. Früherkennung entdeckt und bekämpft werden. In manchen körperlichen Bereichen ist es jedoch um den zivilisierten Menschen nicht so gut bestellt. Was ist also der Quell allen Übels, warum war früher anscheinend alles etwas besser?

Der moderne Mensch hat sich viele Möglichkeiten der Fortbewegung geschaffen und sich auch im Arbeitsbereich ein Höchstmaß an Schonung verschrieben. Dies erscheint auf den ersten Blick sehr fortschrittlich. Doch ohne die Gegensteuerung durch regelmäßigen Sport in der Freizeit sind die Folgen einer solchen „Selbstverwöhnung“ eingeschränkte Lebensqualität, oder schlimmer noch: Einbußen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens, mit hoher Wahrscheinlichkeit in Begleitung von chronischen Schmerzen, was im Endeffekt möglicherweise sogar in Pflegebedürftigkeit enden kann.

Andererseits werden heutzutage sogar viele Gegenmaßnahmen als Quellen der Lebensfreude kommuniziert. Wer kennt sie nicht, die Ratschläge der Medien, durch gezielte Maßnahmen die Gesundheit, und auf diese Weise auch die Lebensfreude, für immer zu erhalten? Doch ab dem Moment, in dem Schmerzen beginnen, ändert sich das Leben der vormals Gesunden dramatisch: Wenn sie krank sind, haben sie das höchste Gut, die Gesundheit, verloren. Ungeahnte Begleiterscheinungen des Lebens treten plötzlich auf. Schlafstörungen und Depressionen wirken sich auf die Lebensqualität und den Alltag aus. Tagesmüdigkeit führt zu einer messbar schlechteren Produktivität, was in Extremfällen sogar bis zum Jobverlust führen kann. Tagtägliche einfache Prozesse wie Anziehen, Einkaufen, Autofahren, Raumpflege können zu wirklichen Belastungen werden.

In der Medizin geht es aber nicht zuletzt auch um den würdevollen Umgang mit dem Patienten: Die Natur stellt uns einen gewissen Spielraum zu unserer Verfügung. Wir wissen, dass

die Gesundheit kommen und gehen kann. Selbst bei chronisch kranken Menschen kann es zu Besserungen kommen. Es obliegt also der Pflege, mit diesem Spielraum klug und umsichtig umzugehen. Gerade bei Rückenproblemen wie auch bei Problemen mit dem Bewegungsapparat hat jeder Mensch die Chance, damit fertig zu werden.

Es muss uns klar sein, dass Gesundheit kein selbstverständlicher Besitz ist, wenn auch manche davon ausgehen, dass man eben gesund ist und nicht unbedingt besonders viel dafür tun muss. Die Wahrheit sieht aber ganz anders aus. Für ein sinnvolles Leben macht uns die Natur nur Vorschläge, sie gibt uns keine bindenden Vorschriften. Wir haben einen gewissen Spielraum zur Verfügung, doch wir müssen ihn richtig erkennen und wenn wir klug sind, auch entsprechend nützen.

Teil I: Theoretischer Teil

2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Da es keine einheitliche Definition des Begriffes Lebensqualität gibt, ist es ratsam zu überlegen, wie weit ethnische und kulturelle Vorstellungen und Aspekte hier eine Rolle spielen.

Im Rückspiegel der Geschichte (man recherchiere bei Aristoteles) ist die soziale Einbindung und der Zukunftsbezug für die Karriere des eigenen Ichs ganz wichtig für die Lebensqualität eines Menschen. Aristoteles rät, mit den Ressourcen klug umzugehen; zum Beispiel rät er, äußere Güter nur in beschränktem Maße zuzulassen, da eine Überfrachtung dem Menschen nicht nützlich sein könne. Der Begriff Eudaimonia stammt von Aristoteles und meint die Einbindung in Familie, Freundeskreis und Gesellschaft. Interessanterweise beschäftigte sich Aristoteles schon damals mit „Lebenswert“ und kommt auf Ergebnisse, die durchaus auch heute dem Begriff Lebensqualität zugeschrieben werden können.²

Ohne Kulturgesellschaft kann Lebensqualität gar nicht existieren. Dieses Wort, das einen beinahe modischen Beigeschmack hat, deckt verschiedene Themenkomplexe ab, die höchst unterschiedlich sind. Grob unterteilt werden kann Lebensqualität in materielle – dass man z.B. zum Fischen ein Fischerboot hat – in geistige, was bedeutet, dass man einen Beruf gewählt hat, der einen nicht hoffnungslos unter- oder überfordert, und schlussendlich – die wichtigste, weil elementarste – nämlich die Gesundheit !

Innerhalb unseres Kontinents bestehen große Unterschiede im Bereich kultureller Normen und Werte in Bezug auf chronische Erkrankungen. Das ist die große und enorm aufwendige Herausforderung für die Pflege, denn diese muss das nicht nur erkennen, sondern auch dementsprechend handeln.

Die World Health Organization (WHO – Weltgesundheitsorganisation) hat den Versuch gemacht, ein internationales Instrument zur Messung der Lebensqualität zu entwerfen. Demzufolge wird Lebensqualität von der WHOQOL GROUP (1994) wie folgt dargestellt:

„Quality of life is defined, therefore, as an individual's perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns.“³

² vgl. Mayer et al, 1998, S.28

³ The WHOQOL Group, 1994, S.43

Eine andere Definition umfasst sechs große Bereiche: die körperliche Gesundheit, den seelischen Zustand, gewisse Unabhängigkeitsgrade des Individuums, ein verträgliches Maß sozialer Beziehungen, Umgebungsmerkmale und spirituelle Belange.⁴

Im Zuge der allgemein steigenden Lebenserwartung, die uns im Durchschnitt allen zukommt, muss jedoch schon gesagt werden, dass man sich durch schlechte und ungesunde Lebensführung die Basis für so einen „Segen“ selbst zerstören kann. Deutlich zu beobachten ist, dass die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität heutzutage zunehmend häufiger als Ziel- und Evaluationskriterium in der Medizin und in den Gesundheitswissenschaften eingesetzt wird.⁵

Es gibt negative Einflüsse (man denke nur an Rauchen) und positive Einflüsse (z.B. präventives Verhalten), die einen großen Einfluss auf das ganze Leben haben und somit natürlich auch auf die Lebensqualität. Eine Errungenschaft der westlichen Zivilisation und unserer modernen Zeit ist die Gesundheitsvorsorge. Der Sinn der Gesundheitsvorsorge liegt darin, dass man bis ins höhere Alter das Leben in gutem gesundheitlichen Zustand genießen kann. Gewisse Lebensumstände und Verhaltensweisen beeinflussen die Gesundheit deutlich.

Es gibt Indizien, dass Gesundheit und Lebenszeit von verschiedenen Faktoren abhängig sind: Einkommen, Beruf, Bildungsgrad, Konfession, Wohnort, Familienstand, Alter, Geschlecht, soziale Sicherheit, Arbeits-, Freizeit- und Wohnbedingungen, Ernährung, Sport, etwaigem Nikotinkonsum, Sexualverhalten, Bewegungsmangel, allgemeinen Umweltbelastungen, Vereinsamung und sozialer Ausgrenzung.⁶

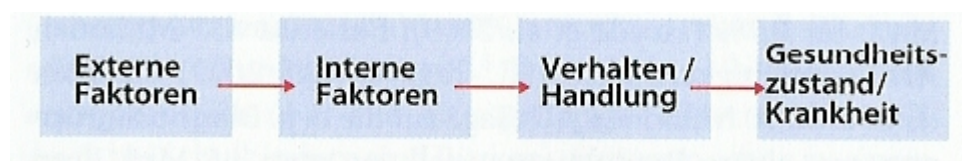


Abb. 1: Beziehung zwischen Faktoren, Verhaltensweisen und Gesundheitszustand
(aus: DiClemente et al. 2007, S.210)

7

Schlussfolgernd: Gesundheitsbezogene Lebensqualität umfasst sowohl das psychische, körperliche, spirituelle und soziale Befinden als auch die Funktionsfähigkeit. Das multidimensio-

⁴ vgl. King/ Hinds et al, 2001, S.32

⁵ vgl. <http://www.springerlink.com/content/u610726281616695/> (04.05.2010)

⁶ vgl. Gärtner/ Grünheid/ Luy et al, 2005, S.96

⁷ vgl. Kempf, 2010, S.8

nale Phänomen basiert auf subjektiven Einschätzungen, die durch individuelle Bewertungen zustande kommen.

„Jede bewusste Lebensführung im Sinne der Lebensqualität dient ja dazu, das Leben eines Menschen nicht nur zu verlängern, sonder auch zu bereichern, zu vertiefen, zu verdichten, zu verschönern und allein dadurch auch sinnvoll zu machen.“⁸

2.1 Situationen, die dem Rücken zusetzen

Liegen, sitzen, stehen, bücken, heben, tragen sind für uns alltägliche Haltungen bzw. Bewegungen, die uns ein Leben lang vertraut sind, die wir aber oft falsch ausführen. Das Bewusstsein von richtiger Haltung und das Wissen um Techniken zum Schutz der Wirbelsäule kann ein wesentlicher Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit sein.

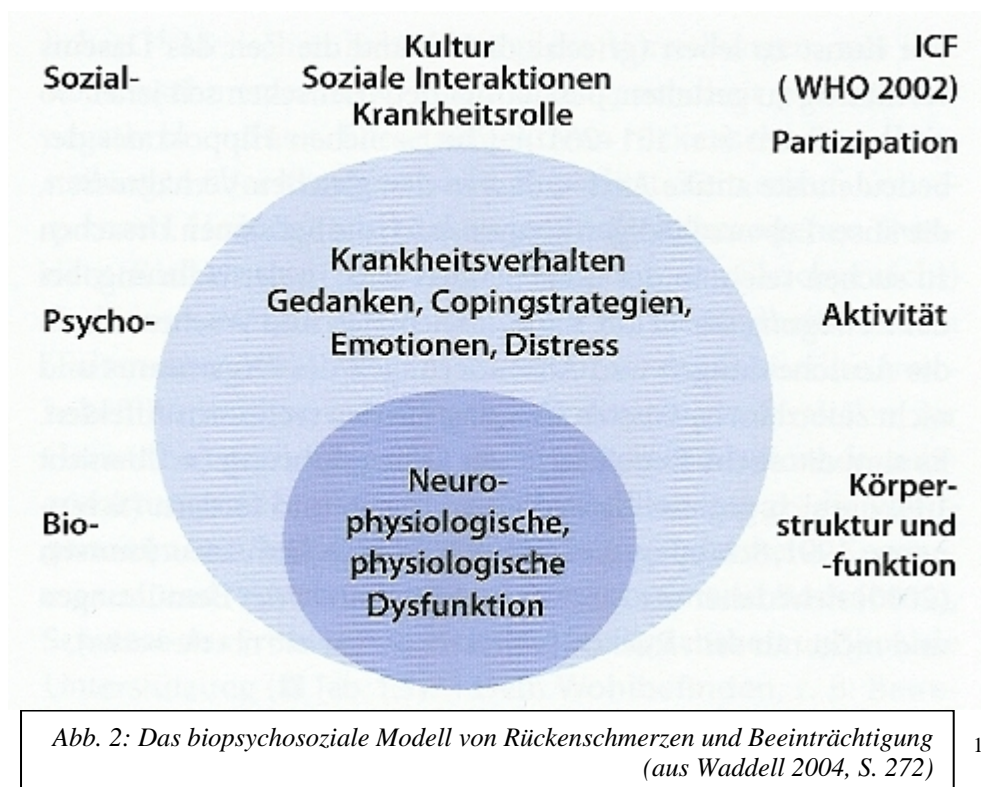
Auf das Freizeitverhalten hinzuweisen, scheint mir an dieser Stelle besonders wichtig, da es sich seinen Platz als wichtiger Faktor auch erst in unserer Kultargesellschaft erobern konnte. Etwa im Europa der beginnenden Industrialisierung kam kein Mensch auf die Idee, einem Arbeiter oder einer Arbeiterin entsprechende Freizeit zuzugestehen.

Ein nicht trainierter und nicht täglich belasteter Körper ist den Anforderungen des Alltags nur bedingt gewachsen. Der Mensch braucht Bewegung, weil Bewegung bedeutet Leben! Tägliche kleine Spaziergänge und Einkäufe zu Fuß sind schon ein guter Anfang für körperliches Wohlbefinden. Was zu beobachten ist: auch das gute alte Fahrrad erlebt derzeit eine Renaissance wie nie zuvor.

Die Untersuchungen über die Zusammenhänge von Rückenleiden mit der psychischen Situation, mit der die Gesundheit beeinflussenden Lebensweise (Ernährung, Bewegung) und mit der sozialen Lage (Bildungsabschluss, Arbeitslosigkeit) der Patienten müssen auf jeden Fall berücksichtigt werden. Beruflich schlechter ausgebildete Personen sind bedeutend häufiger von Rückenschmerzen betroffen als andere, da sie öfter körperlich schwere Arbeiten verrichten müssen.⁹ Das bedeutet, dass unausgebildete Hilfskräfte, etwa solche, die nur zu Winterdienstarbeiten oder zum Graben von Künetten eingesetzt werden, hinsichtlich des Rückens besonders schutzbedürftig sind.

⁸ vgl. Schipperges, 1996, S.28

⁹ vgl. Fiebeler-Krause et al, 2004, S. 5-7



Nicht nur langes Sitzen oder fehlende Bewegung verursacht Rückenschmerzen, sondern auch das Gegenteil: Berufe mit schwerer körperliche Belastung, bei denen ständiges Heben und Tragen von Lasten oder dauerndes Bücken erforderlich ist, wie etwa Arbeit im Baugewerbe, in der Land- und Forstwirtschaft oder in den Pflegeberufen, stehen hier an erster Stelle. Besonders nachteilig sind auch Arbeiten mit monotonen, stets wiederkehrenden Bewegungen - wie etwa ein Mensch, der ununterbrochen in starrer Haltung vor dem Bildschirm sitzt, (Büroangestellte) ein Fließbandarbeiter (Automobilindustrie), eine Kassiererin oder Schneider und Friseur.¹¹

Speziell für Pflegepersonal hat die Rückenschule eine besondere Bedeutung, ja sogar einen Mehrwert: Die Krankenschwestern werden eben da angehalten, die Basis für ein vorbeugendes Bewegungsprogramm zu schaffen. Ein Teil dieser Basis ist Muskelaufbautraining für die eigene Körperhaltung, in der Folge ist auch richtiges Tragen und Heben ein wesentliches Thema. Es gibt grob gesagt einige Richtlinien, die man definitiv schon als Techniken titulieren kann.

¹⁰ vgl. Kempf, 2010, S.7

¹¹ vgl. Werna/ Nells, 1999, S. 13

Wewerka hat in ihrer Analyse über rückschonende Pflege Folgendes bemerkt: Sie geht an die Materie heran, indem Sie von der besprochenen Berufsgruppe fordert, ein besseres Gefühl für den eigenen Rücken zu entwickeln, des Weiteren ist eben da zu lesen: „Auch wenn ihre Arbeitstechnik gut ist, bleibt doch viel Gewicht, das Sie heben müssen.

Es ist also unerlässlich zu wissen, in welcher Haltung der Rücken am wenigsten belastet wird.“¹² Es ist auch wichtig zu wissen, wie man als Krankenschwester und Krankenpfleger korrekt hebt, trägt und lagert.

Auch Übergewicht belastet die Wirbelsäule und den Bewegungsapparat, also Knochen, Muskeln und Gelenke. Der auf Knochen und Bandscheiben lastende Druck wird auf Dauer zu hoch, Muskeln und Bänder müssen nicht nur ihre normale Aufgabe tätigen, die Wirbelsäule aufrecht zu halten, sondern ihnen wird durch das Übergewicht eine zusätzliche Last angehängt. Die Folgen des Übergewichts sind dramatisch, der vielfache Aufwand bei der Beschaffung des richtigen Spitalbettes und weit intensiverer Pflegeaufwand sind die Folge.

Die Voraussetzung für ein gesundes Leben ist innere Ausgeglichenheit, das bedeutet ein Zusammenspiel von Körper und Seele. Dies ist zwar allgemein bekannt, doch wenn es so einfach wäre es zu realisieren, gäbe es nicht so viele Menschen mit Rückenproblemen.

3. Der Wandel im Schmerzkonzept

Das Schmerzkonzept hat sich in den letzten Jahrhunderten stark verändert: Im Mittelalter wurde Schmerz hauptsächlich als emotionaler Zustand gesehen, was seinen Ausdruck im lateinischen Wort „dolor“ findet, das sowohl „Schmerz“ als auch „Sorge“ und „Kummer“ bedeuten kann. Spinoza (um 1600) betrachtete den Schmerz als „lokalisierte Sorge“. Descartes definierte Schmerz 1634 als „Reaktion des Gehirns auf einen spezifischen Stimulus, der von verletztem Gewebe ausgeht“. Die Forschung der letzten vier Jahrzehnte hat hingegen gezeigt, dass Schmerz emotionale und sensorische Aspekte hat, und dass die Beziehung zwischen Schmerz und körperlicher Verletzung nicht eindeutig ist.¹³ Deshalb ist es auch schwierig eine allgemein gültige Definition des Schmerzes zu formulieren. Laut IASP (International Association for the Study of Pain, 1986) wird Schmerz wie folgt definiert:

¹² vgl. Wewerka, 2007, S.20

¹³ vgl. Pfingsten/ Hildebrandt, 1998, S.98-99

“Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“¹⁴

Heute wird die Algesiologie als die Wissenschaft von der Entstehung und Behandlung von Schmerzen als eigenes Wissensgebiet betrachtet. Innerhalb dieses Gebietes kommt der Erforschung und dem Verständnis chronischer Schmerzen große Bedeutung zu (siehe Abb. 2, S.16: Bio-psycho-soziales Modell).

Schmerzen kennt jeder, wir alle haben in Laufe unseres Lebens schmerzhaft Erfahrungen gemacht. Allerdings empfindet Schmerz jeder von uns anders. Schmerz ist eine subjektive Erfahrung. Was die eine Person als schmerzhaft empfindet, tut der anderen Person nicht weh. Bis heute ist leider nicht genau bekannt, warum Schmerzen bei einem Menschen chronisch werden und beim anderen nicht. Es wird vermutet, dass es sich um eine Erschöpfung bzw. Überforderung der körpereigenen Schmerzabwehr handelt.¹⁵

Schmerzen sind immer ein Warnsignal, das man ernst nehmen muss. Leider hat der chronische Schmerz aber seine Warnfunktion inzwischen weitgehend verloren; somit entsteht ein eigener „Krankheitswert“, was dem Begriff „Schmerzkrankheit“ eine gewisse Berechtigung verleihen soll. Es gibt einige Beispiele für derartige Schmerzzustände: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Stumpf- und Phantomschmerzen, Tumorschmerzen.¹⁶ Akute Schmerzen können nur allzu rasch chronisch werden. Schmerzen müssen frühzeitig und konsequent behandelt werden. Doch hier wird leider vieles falsch gemacht.

Chronische Schmerzen sind schwer zu behandeln und beeinträchtigen in sehr hohem Maß die Lebensqualität der Betroffenen. Neben dem körperlichen Leiden kommen psychische und emotionale Probleme wie Hoffnungslosigkeit, Schlaflosigkeit, Angst und Depressionen hinzu. Deshalb soll auch Vermeidung einer Chronifizierung von Schmerzen das oberste Ziel aller medizinischen Handlungen sein.

Einige Disziplinen, von alternativen Verfahren über die Allgemeinmedizin bis hin zur Anästhesiologie, möchten ihren Beitrag zur Versorgung der Schmerzpatienten in Österreich leis-

¹⁴ http://www.physioaustria.at/?page_id=1422 (21.05.2008)

¹⁵ vgl. Teva/Awd.pharma, 2009, S.7

¹⁶ vgl. Aktion 200.000, März 2004, S.2;

<http://www.aerztetmagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=64302&dspaid=489947>, 16.06.2010

ten. Leider ist diese Versorgung aber noch immer nicht ausreichend, denn eine repräsentative Umfrage des Fessel-GFK-Instituts bei 1.000 befragten Personen hat bedenkliche Ergebnisse gezeigt:

„10 Prozent der Österreicher leiden bzw. haben bereits unter schweren dauerhaften Schmerzen gelitten.

4 Prozent der Österreicher sind derzeit von anhaltenden und schweren Schmerzen betroffen. Das sind 320.000 Menschen.

6 Prozent haben die genannte quälende Erfahrung bereits in ihrem Leben gemacht. Das sind 480.000 Personen.

Nur rund 130.000 dieser Patienten mit dauerhaften schweren Schmerzen werden in Österreich ausreichend behandelt.

Etwa 200.000 Österreichern könnte durch eine effektive und nebenwirkungsarme Schmerztherapie wieder zu einer deutlich verbesserten Lebensqualität verholfen werden.

Schwere chronische Schmerzen stellen für 57 Prozent der Österreicher die größte Bedrohung dar.

75 Prozent der Österreicher (68 Prozent der Männer und 81 Prozent der Frauen) haben Angst vor dauerhaften Schmerzen.“¹⁷

Ebenso zeigt die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria eine bedrohliche Summe von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Abbildung 3 zeigt jenen Anteil der Befragten (unterteilt in Frauen und Männer), welche unter der spezifizierten Beschwerdeform leiden.

¹⁷ <http://www.aerztomagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=64302&dspaid=489947>, 16.06.2010

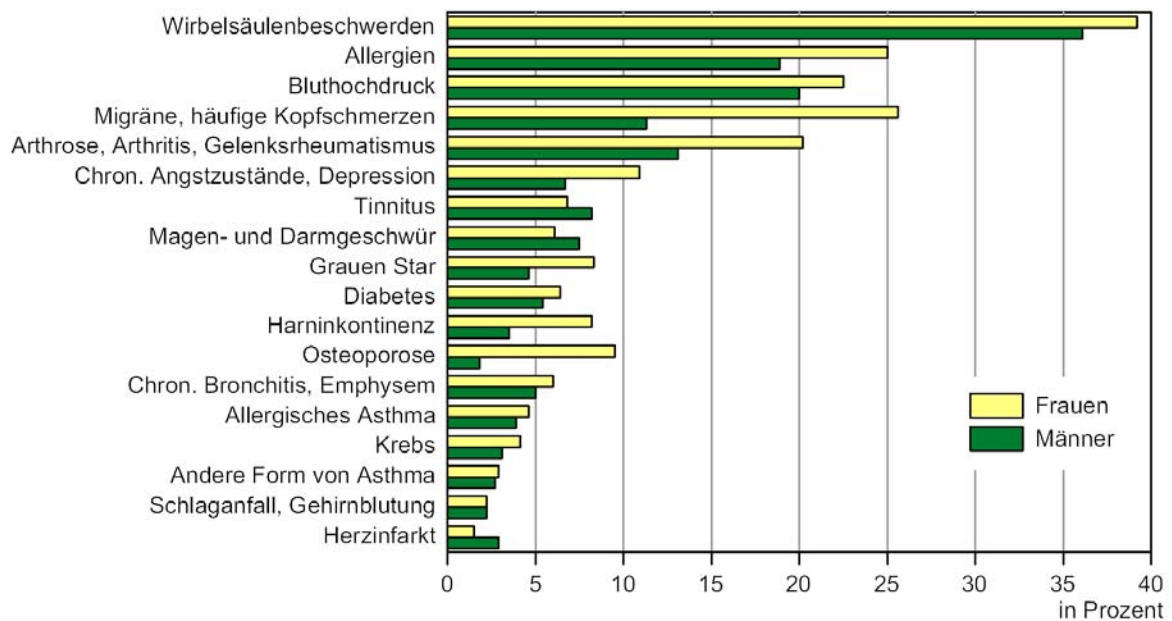


Abb. 3: Ausgewählte chronische Krankheiten nach Geschlecht, Lebenszeitprävalenz (aus Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07)

18

An erster Stelle mit mehr als einem Drittel der Bevölkerung stehen Wirbelsäulenbeschwerden! Dies zeigt wie wichtig das Thema der Prävention als auch der Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen ist.

¹⁸ vgl. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S.19

Abbildung 4 zeigt die Häufigkeit von erheblichen Schmerzen im Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Befragung.

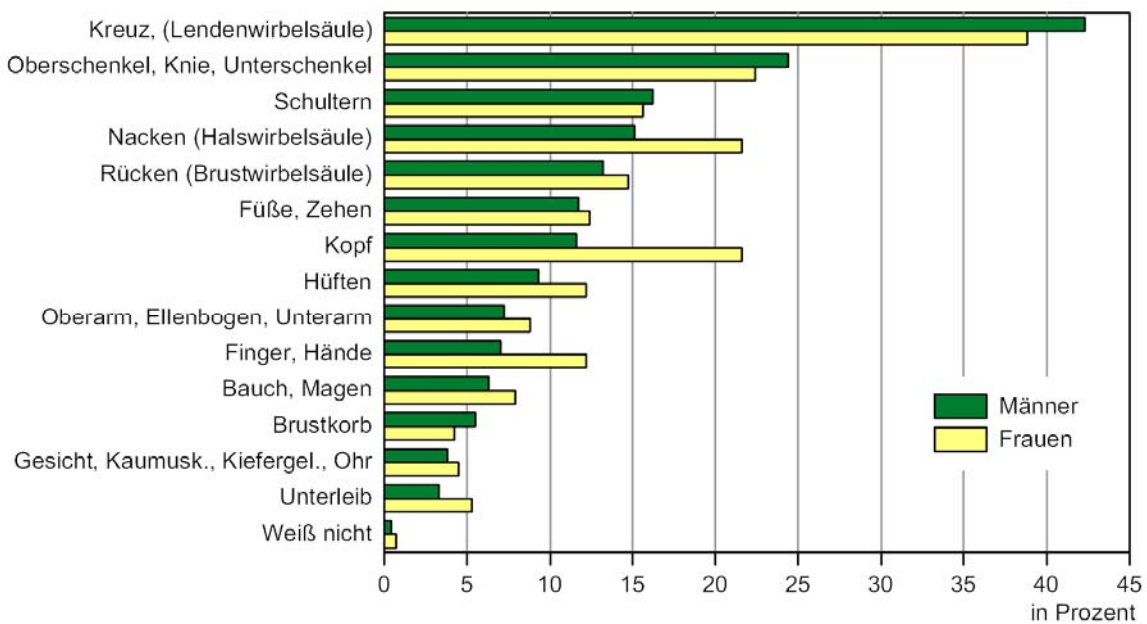


Abb. 4: Häufigkeit von erheblichen Schmerzen während der letzten zwölf Monate nach Schmerzorten und Geschlecht (aus: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07)

19

Auch hier stehen Schmerzen im Kreuzbereich mit ca. zwei Fünftel der Bevölkerung an erster Stelle.

Schmerzen (insbesondere chronische Schmerzen) führen nicht nur zu einer Einschränkung der persönlichen Lebensqualität, sondern im Berufsleben auch häufig zu Krankenständen. Im Durchschnitt lagen die Krankenstände der von Schmerz in diesen Regionen betroffenen Erwerbstätigen zwischen 29 Tagen (bei Männer) und 58 Tagen (bei Frauen) innerhalb der letzten 12 Monate.²⁰

Deshalb finden sich hier in dieser Arbeit unter anderem zahlreiche Anregungen für den Weg zu einem schmerzfreien und mobilen Leben. Die Angst vor Schmerzen, und die Frage, wie wir uns im Falle von Schmerzen verhalten sollen, kann allerdings für die Beeinträchtigung maßgeblicher sein als der Schmerz selbst.

¹⁹ vgl. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S.21

²⁰ vgl. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S.22

3.1 Chronische Schmerzen als eigenständiger Krankheit

Waren es früher die *akuten* Krankheiten, die uns Menschen große Sorgen bereiteten, so hat sich die diesbezügliche Situation mittlerweile geändert: Es sind die *chronischen* Leiden, die uns fest im Griff haben. Seit einiger Zeit haben die chronischen Erkrankungen steigende Tendenz, sie führen zu Multimorbidität und natürlich auch zu Multimedikation. Verstärkt wird dies durch häufigen Arbeitsausfall, ansteigende Inanspruchnahme sozialer Dienste und – insbesondere mit zunehmendem Alter – mit dem Verlust an Lebensqualität.²¹

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich in Schmerzforschung und Schmerztherapie die Denkweise von Schmerz als ein individuell erlebtes und multifaktoriell geprägtes Phänomen durchgesetzt. Die Forscher sind sich einig, dass bei Schmerz psychische, somatische, emotionale, kognitive, soziale und spirituelle Faktoren gleichermaßen wichtig sind. Die wechselseitige Beziehung zwischen den einzelnen Faktoren verstärkt oder verringert das Schmerzempfinden.²²

Eine einheitliche Definition chronischer Schmerzen wird in der Literatur nicht vorgegeben. Auch bezüglich des Zeitraums, in welchem Schmerz bestehen muss, um als chronisch zu gelten, sind die Angaben verschieden. Die IASP-Klassifikation (International Association for the Study of Pain, 1986) definiert chronische Schmerzen als solche, die seit drei Monaten andauern. Andere Autoren sprechen von chronischen Schmerzen, wenn sie sechs Monate dauern und in dieser Zeitspanne wiederholt auftreten (Scholz/Gerber 1999: 327).²³

In Gegensatz zum akuten Schmerz, hat der chronische Schmerz seine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion verloren. Dauerhafter Schmerz kann von einem Krankheitssymptom zu eigenständiger Krankheit werden.

3.2 Der typische Schmerzpatient

Der Schmerzpatient ist ein Fall für die typische kurative Medizin. Wichtig dabei ist die konkrete Schmerzanalyse im Gespräch mit dem Patienten und die daraus resultierende Therapie. Es geht um den Umgang mit der Krankheit, um ihre Integration in den Alltag. Deshalb spielt die Psychotherapie auch eine sehr wichtige Rolle.

Leider gibt es manchmal Steigerungen mit negativem Vorzeichen. In vielen Fällen ist die Ursache des Schmerzgeschehens weder behandelbar noch erkennbar. Die Behandlung dauert dann jahrelang, wenn nicht gar ein Leben lang, da sich die Problematik um die Potenzierung derselben und deren Rückwirkungen auf die Schmerzkrankheit gegenseitig hochspielen.

²¹ vgl. Schipperges, 1996, S.13

²² vgl. Müller-Mundt, 2005, S.62

²³ vgl. Müller-Mundt, 2005, S.63

Wichtig scheint an dieser Stelle zu erwähnen, dass für alle Patienten individuelle Behandlungskonzepte entwickelt werden, da die Probleme so individuell sind wie der Patient selbst. Rückwirkungen auf die lange Schmerzkrankheit sind fast immer eine lange Anamnese, begleitet von mitunter zahlreichen Operationen, die vielleicht nicht zum gewünschten Ziel geführt haben. Verschlimmernde Umstände sind manchmal Medikamentenprobleme, häufige Krankenhaus und Rehabilitationsaufenthalte sowie Sorgen rund um und mit der Familie und am Arbeitsplatz, falls dieser überhaupt noch vorhanden ist; falls nicht, bleibt nur noch die Frühpension.²⁴

Es erübrigt sich zu erwähnen, dass solche Patienten nicht selten von Depressionen geplagt sind und vielfach sogar Suizidgefährdung vorhanden ist. Zwingend erforderlich ist deshalb die psychotherapeutische Begleitung mit interdisziplinären Behandlungsmethoden, um den Opfern dieser schweren Situation ihr Schicksal zu erleichtern und die Umstände etwas zu entspannen.

4. Entstehung chronischer Rückenschmerzen

Die Arbeits- und Lebensverhältnisse in unserer Zivilisationsgesellschaft führen immer öfter zu chronischen Rückenschmerzen:

„Seit einigen Jahrzehnten wurde aber ein Zustand erreicht, in dem 75-90% unserer Gesamtbevölkerung einmal im Leben Rückenschmerzen hatte. Bei zwei Drittel davon verlaufen die Beschwerden – mit steigender Tendenz – chronisch-rezidivierend und bei ca. 10% der Betroffenen werden sie chronisch.“²⁵

Es gibt viele Ursachen für die Entstehung von Rückenschmerzen, die sich untereinander beeinflussen, sei es persönliches Fehlverhalten, muskuläre Defizite, genetische Einflüsse, falsche Ernährung und Übergewicht, Stress oder nicht rückergerichtetes Umfeld.²⁶ Sinnvolle Strategien zur Prävention und Behandlung können erst entwickelt werden, wenn die Ursachen für die individuellen Rückenschmerzen diagnostiziert sind.

²⁴ <http://www.aerztemagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=64302&dspaid=489947>, 16.06.2010

²⁵ vgl. Harter/ Schifferdecker-Hoch/ Brunne / Denner et al, 2005, S.1

²⁶ vgl. Harter/ Schifferdecker-Hoch/ Brunner/ Denner et al, 2005, S.137

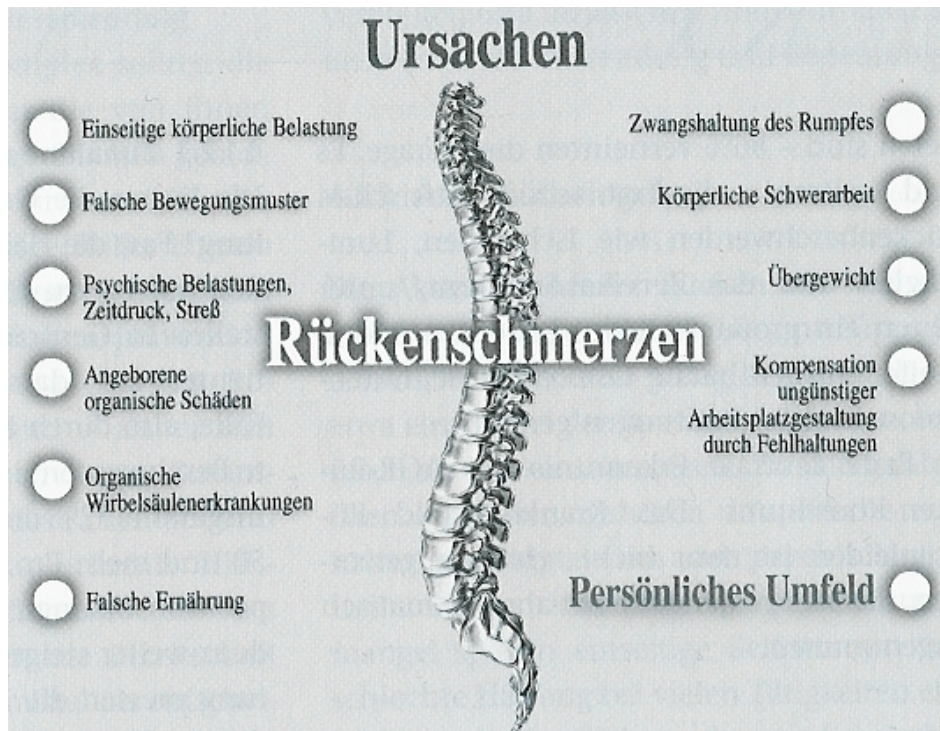


Abb. 5: Ursachen von Rückenschmerzen (aus: Harter/ Schifferdecker-Hoch/ Brunner/ Denner et al, 2005, S.139)

27

Rückenschmerzen sind oft eine Folge von nicht „wirbelsäulenadäquatem Verhalten“. Sehr oft müssten Patienten mit Rückenschmerzen ihren Lebensstil ändern, sie tun dies aber nicht. Oft sind es nur kleine Gewohnheiten, die ausgemerzt werden sollten.

Bedeutsam wäre vor allem ein hohes Maß an Aktivität. Leider ist das für Schmerzpatienten meist sehr schwer zu verstehen. Viele Menschen mit chronischen Schmerzen tendieren dazu, das Bett zu hüten und in Passivität zu verfallen. Genau dieser Kreislauf ist falsch und sollte vermieden werden.²⁸

Idealerweise sollte ein Patient nach einer genauen Untersuchung, bei der sich mangelnde Bewegung als Ursache seiner Symptome herausstellt, ein Trainingsprogramm angeraten bekommen, wie beispielsweise eine Rückenschule dreimal wöchentlich 40 bis 60 Minuten.

Wir können von einem Behandlungserfolg sprechen, wenn sich die Schmerzen mit der Zeit reduzieren lassen, was besonders wichtig ist um das tägliche Leben und die Arbeitstätigkeit nicht zu beeinflussen. Ideal wäre aber natürlich das völlige Verschwinden der Schmerzen. Ein wichtiges Ziel ist es, die Lebensqualität zu erhöhen, was aber nur durch Aktivität und durch

²⁷ Vgl. Harter/ Schifferdecker-Hoch/ Brunner/ Denner et al, 2005, S.139

²⁸ vgl. Bäker/ Reisky et al, 2000, S.120

die Bereitschaft zu Veränderungen geschehen kann. Es gibt so etwas wie den Spiegel der Seele und vice versa. Eine alte Volksweisheit besagt: „In einem gesunden Körper steckt auch ein gesunder Geist.“ Das zielt auf etwas hin, was wir eine innere Einstellung nennen können. Das wiederum bedeutet, dass diese schon angedeutete Einstellung maßgeblich für den Therapieerfolg verantwortlich ist. Diese „Einstellung“ darf sich jedoch nicht als lediglich „gut gemeint“ entpuppen, sodass man sagen könnte, „der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach“, sondern dort, wo Defizite existieren (z.B. bei erhöhtem Körpergewicht), muss auch an deren Reduktion gearbeitet werden. Den vielzitierten „Schlüssel zum Erfolg“ hat jeder selbst in der Hand, und zwar mit der richtigen Einstellung.

Nicht nur physiologische Veränderungen spielen eine wichtige Rolle bei Rückenschmerzen, denn Belastungen und Stress sind Faktoren, die man auf gar keinen Fall unterschätzen soll.

Die Anzahl der Menschen, die über chronische Rückenschmerzen klagen, hat in den letzten Jahren zugenommen.²⁹ Somit wäre eine intensive Kooperation zwischen Physiotherapeuten, Rückenschulen, Orthopäden und Schmerztherapeuten sehr sinnvoll.

4.1 Seelische Ursachen für Rückenbeschwerden

Rückenschmerzen stellen ein komplexes psychophysisches Geschehen dar.

Was man nicht messen, geschweige denn klar sehen kann, wird in der Schulmedizin manchmal als Grauzone, eventuell sogar „Einbildung“ gedeutet. Es kann sich nicht alles in Laborwerten oder Röntgenbildern manifestieren, was dem Rücken Probleme macht; doch körperliche Symptome können häufiger als man denkt starke seelische Abläufe hervorrufen. Es macht deshalb Sinn, manchen Beschwerden noch hartnäckiger auf den Grund zu gehen. Es gibt so etwas wie ein reziprokes Phänomen: Manche Menschen nehmen über Jahre in einer bestimmten Körperregion eine verkrampte Haltung ein, weil Sie gleichzeitig unbewusst ein damit verbundenes Gefühl unterdrücken. Wird dieser Bereich durch Therapie aktiviert, werden diese Emotionen wieder bewusst. In jedem Fall ist es günstig, von einem verständnisvollen Arzt begleitet zu werden, für den seelische Aspekte beachtenswert sind. Genauso wie man körperliche Symptome über seelische Prozesse heilen kann, verändert Bewegung unsere Psyche.

²⁹ vgl. Pfingsten/ Hildebrandt, 1998, S.83

Seit der Antike ist bekannt, dass Körper und Seele nicht getrennt voneinander zu beurteilen sind. Die psychologische Erfahrung hat bewiesen, dass Depressionen sich nicht selten in Rückenschmerzen oder akutem Hexenschuss äußern.³⁰ Einige Untersuchungen belegen, dass höherer Leistungsanspruch, übertriebene Hilfsbereitschaft ohne selbst Unterstützung annehmen zu können und mangelnde Konfliktfähigkeit typisch für chronische Rückenschmerzpatienten sind.³¹

Eine weitere Ursache für schleichend beginnende Rückenschmerzen ist lang anhaltende Anspannung der Rückenmuskulatur. Sie entsteht entweder durch bio-mechanische Belastungen, wie zum Beispiel stundenlanges Sitzen in rückenbelasteter Haltung, oder seelische Belastungen wie Stress. Aus Anspannung – und dies wird gerne übersehen - kann jedoch auch Verspannung entstehen.³²

Laut Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer gibt es fünf verschiedene Reaktionsmuster auf seelische Belastungen:

„- Es gibt den Menschen, der „die Zähne zusammenbeißt“ und bei dem sich alle Spannungen im Bereich der oberen Halswirbelsäule und der Kiefergelenke manifestieren.

-Es gibt diejenigen, die „viel ertragen“ oder „auf dem Buckel haben“ und deshalb ständig die Schultern hochnehmen und den Brustraum verengen.

- Andere „lassen sich hängen“, was die Muskeln im rückwärtigen Brustbereich überdehnt.

- Manchen Menschen „wird das Kreuz gebrochen“, mit den entsprechenden Beschwerden.

- Die fünfte Gruppe „zieht den Schwanz ein“ und versteift in der Hüft- und Iliosakralregion.“³³

Bei vielen Schmerzpatienten mit depressiven Verstimmungen lässt sich oft schwer herausfinden, welche Störung zuerst aufgetreten ist: die körperliche oder die seelische.

Prof. Dr. med. Günther T. Werner beschreibt die enge Wechselwirkung zwischen Körper und Seele, die bei der Entstehung von Rückenschmerzen eine wichtige Rolle spielt, denn Nacken-, Kreuz- und manche Kopfschmerzen sind oft eine Reaktion auf den Leistungsdruck in unserer Gesellschaft, sowie Überlastung und Stress im täglichen Leben.³⁴ Stressoren wirken jedoch nicht auf jeden Menschen in gleicher Weise.

³⁰ vgl. Grönemeyer, 2004, S.105

³¹ vgl. <http://www.agr-ev.de/html/page.asp?pageID=79> (15.04.2010)

³² vgl. <http://www.agr-ev.de/html/page.asp?pageID=79> (15.04.2010)

³³ vgl. Grönemeyer, 2004, S.105

³⁴ vgl. Werna/ Nells, 1999, S.15

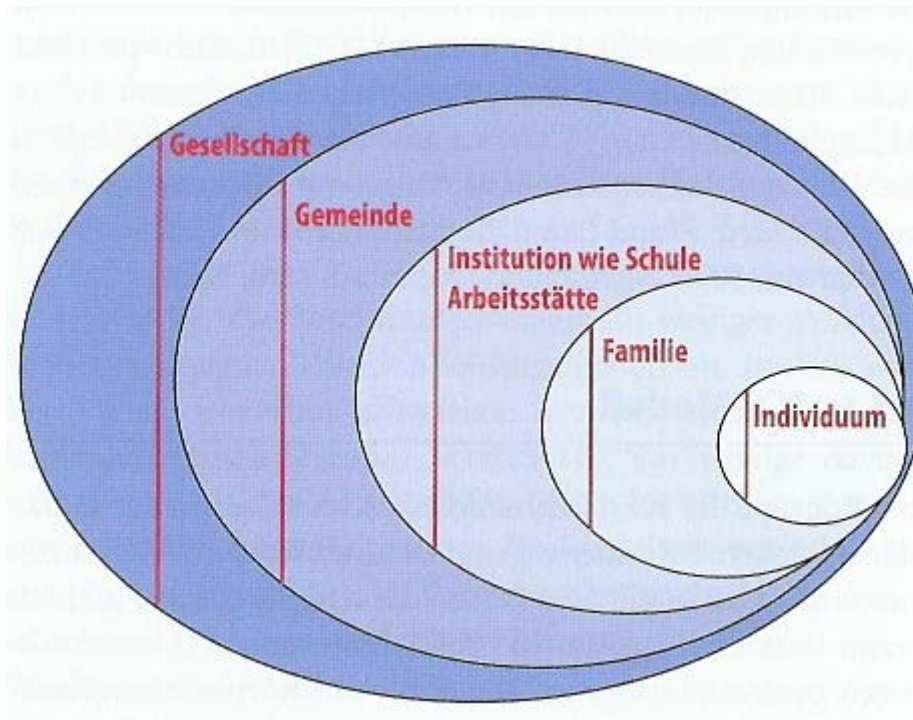


Abb. 6: Beispiel für die Komplexität der Interventionsebenen auf das Gesundheitsverhalten anhand des sozialökologischen Modells zum Gesundheitsverhalten (aus: DiClemente et al. 2007, S. 211)

35

Psychosoziale Variablen sind nicht nur für die Entstehung, sondern vor allem auch bei der Aufrechterhaltung bzw. der Chronifizierung und in der Therapie von chronischen Schmerzen von hoher Bedeutung.

4.2 Bewegungsmangel als Ursache von Rückenschmerzen

Der Mensch braucht Bewegung. Er ist dafür geschaffen. Probleme können entstehen, wenn dies nicht ausreichend geschieht. Es geht nicht nur ausschließlich um Rückenschmerzen, sondern auch im Allgemeinen um die Gesundheit.

Fonds Gesundes Österreich in „Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ gibt Informationen für Menschen alle Altersstufen wie viel und welche Art von körperlicher Aktivität benötigt wird um einen Gesundheitsgewinn zu erzielen:

„1. ein großer Gesundheitsnutzen durch zumindest 150 Minuten (2 ½ Stunden) Bewegung pro Woche mit mittlerer oder höherer Intensität, kombiniert mit einem Muskeltraining, erzielt werden kann

³⁵ vgl. Kempf, 2010, S.8

2. Bewegung vor chronischen Erkrankungen schützt, das kardiovaskuläre Risikoprofil verbessert und die funktionale und psychische Gesundheit fördert
3. regelmäßiges Krafttraining die Gesundheit des Bewegungsapparates erhält, den funktionalen Status verbessert und das Sturzrisiko reduziert.“³⁶

Heutzutage nehmen sehr viele Menschen, wesentlich mehr als vor ein paar Jahrzehnten, eine sitzende Haltung ein – ob im Büro, vor dem PC, im Auto, vor dem Fernseher oder auch in der Schule. „Erschreckend ist die Tatsache, dass immer mehr Kinder und Jugendliche von dieser Problematik betroffen sind. Ihr Leidensweg ist vielfach schon vorgegeben.“³⁷

„Die Wirbelsäule (Columna vertebralis) bildet die bewegliche Achse des menschlichen Körpers. Sie hält den Körper aufrecht und verleiht ihm seine umfangreiche Beweglichkeit.“³⁸

Um die ausreichende Funktion der Wirbelsäule gewährleisten zu können, ist ein Bewegungsangebot – wie zum Beispiel eine Rückenschule – nötig.

Ohne eine ausreichende und regelmäßige Beanspruchung werden „die tragende Elemente die Wirbelkörper- ohne Belastung porös, die stabilisierenden Bänder schlaff, die bewegenden Muskel verkümmern, die Bandscheiben, die von Be- und Entlastung leben „verhungern“ und werden brüchig. Die Wirbelgelenke, die die Wirbel miteinander gelenkig verbinden, „rosten“. Ihre schrumpfenden Gelenkkapseln beginnen zu schmerzen, die Bausubstanz der Wirbelsäule verschlechtert sich, die Steuerung der Wirbel-Gliederkette durch die Nervenplexus verbleibt ohne regelmäßige und ausreichende Beanspruchung. Zu geringe Bewegungsreize lassen sämtliche Bauteile der Wirbelsäule verkümmern.“³⁹

Ein interessantes und angemessenes Bewegungsangebot kräftigt, optimiert und verstärkt obendrein die Belastbarkeit der Columna vertebralis und kann Wirbelsäulenstörungen mildern, vielleicht sogar heilen.

Abbildung 7 zeigt den Zusammenhang zwischen Bewegungsausmaß und Schmerzrisiko. In der zugrunde liegenden Studie wurde gezeigt, dass es in beiden Extremen der physischen Aktivitäten zu einem hohen Risiko für Schmerzen im unteren Rückenbereich kommt. Der Zusammenhang folgt einer U-förmigen Kurve und zeigt, dass sowohl körperliche Inaktivität

³⁶ vgl. Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, S.20

³⁷ vgl. Harter/ Schifferdecker-Hoch/ Brunner/ Denner et al, 2005, S.137

³⁸ vgl. Schoppmeyer et al, 1996, S.37

³⁹ vgl. Aktion Gesunde Rücken e.V. 2008, S.3

als auch extreme körperliche Beanspruchung zu einem erhöhten Risiko für Beschwerden im Wirbelsäulenbereich führen.⁴⁰

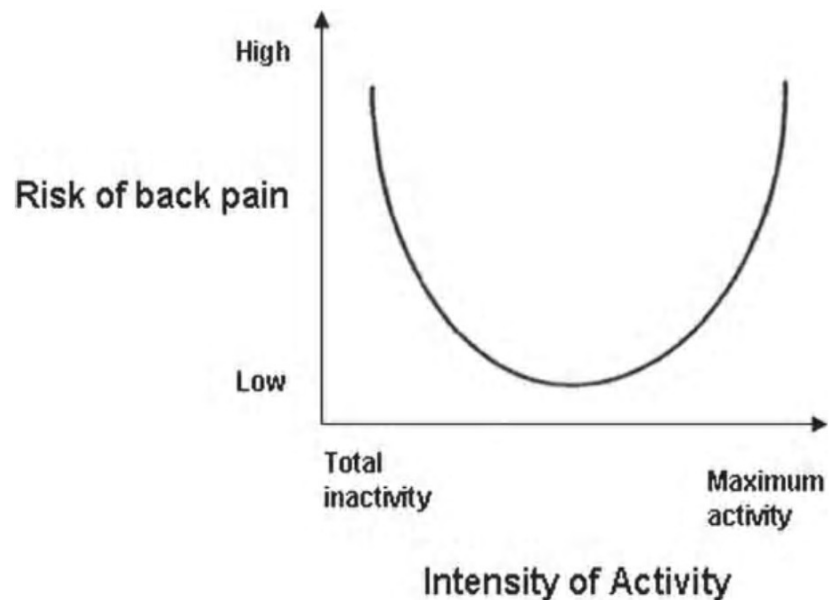


Abb. 7: Zusammenhang von Schmerzrisiko und Bewegungsintensität

41

4.3 Bewegungstherapie

Für alle Organe und Körperteile die mit Bewegung zu tun haben wie Herz , Lunge, Arme, Beine oder eben die Wirbelsäule gilt: kein Leben ohne Bewegung, keine Bewegung ohne Leben! Ein unmissverständliches Beispiel ist bei Patienten mit Gipsverbänden der zu beobachtende Muskelschwund nach der Abnahme des Gipses. Organe, die man nicht bewegt, werden schwächer und mitunter sogar kleiner.

Neben einem gezielten Bewegungsangebot der Rückenschule kann sich der motivierte Besucher ein erweitertes Training zumuten wo besonders großer Wert auf Muskelaufbau und Körperbewusstsein gelegt wird. Wichtig ist nur, die Selektion der Möglichkeiten einzuhalten. Es ist genau darauf zu achten, dass es an dieser Stelle keine standardisierten Empfehlungen geben darf. Es geht hier um die individuelle Situation des Interessenten, da die Problematik so weit geht, dass ein und dieselbe Bewegung an einem Tag günstig ausfällt und an einem anderen Tag Schmerzen verursachen kann.

⁴⁰ vgl. , Heneweer et al, 2009, S. 21-25

⁴¹ vgl. , Heneweer et al, 2009, S. 22

Hilfreich ist es, die Person zu fragen, welche Sportarten ihnen angenehm sind, da die Tendenz in die Richtung geht, dass diese dann auch genehmigt werden können.

„Generell empfehlen Experten sanfte Bewegungsarten wie Radfahren (kleine Übersetzung, hohe Trittfrequenz), Walking (mit gutem Schuhwerk und Stöcken), Schwimmen (Rückenschwimmen und Kraulen ist bei Knie und Hüftgelenksarthrose günstiger als Brustschwimmen; Wassertemperatur 30 Grad Celsius), Wassergymnastik und insbesondere Aqua-Jogging. Auch fernöstliche Methoden wie Yoga und Thai Chi“⁴²

Bei Rückenschmerzen werden Sportarten wie Squash oder Alpine Ski meistens nicht empfohlen.

Ein Umdenken im Alltag, wie zum Beispiel: eine Station früher aus dem Bus zu steigen und zu Fuß zu gehen, oder statt mit dem Auto mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren, kann die Muskulatur der Wirbelsäule stärken.

Durch Verhaltensänderung können Menschen jeden Alters ihre Handlungsfähigkeit verbessern, ihre persönlichen Potenziale nutzen und ein erfülltes, glückliches Leben führen.

„ Lebensqualität gibt es nur in der Ganzheitlichkeit“

Prof. Harald Brost, Lichtforscher

⁴² vgl. Deutsche SCHMERZliga e.V. „S.1
<http://www.schmerzliga.de/dsl/schmerztherapie/bewegungstherapie.htm> (16.04.2010)

4.4 Die Rolle des Arbeitsplatzes

Die Beeinträchtigung der Arbeit bei Problemen mit dem Rücken ist dramatisch, da der Prozess schleichend ist. Viele der beeinträchtigten Menschen gehen mit größten Schmerzen zu ihrem Arbeitsplatz, nur um ihre Existenz nicht zu verlieren.

Die Belastungen, denen die Beschäftigten bei der Arbeit ausgesetzt sind, haben sich in den letzten Jahren deutlich verschärft. Die Kombination aus physischen und psychischen Belastungen führen auf Dauer zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko.

Seit einigen Jahrzehnten ist die Häufigkeit von Rückenschmerzen dramatisch angestiegen. Bei 10% der Betroffenen wurde sie sogar chronisch.⁴³ Ein Übel, so alt wie die Menschheit, hat sich in der so genannten „Wohlstandsgesellschaft“ vermehrt. Auf fatale Weise sind der Wohlstandsstaat einerseits und die Leistungsgesellschaft andererseits diesem Krankheitsphänomen förderlich.⁴⁴ Es gilt also an dieser Stelle festzuhalten, dass der „Schmerz“ nicht nur ein individuelles Schicksal ist, sondern gesellschaftspolitische Dimensionen annehmen kann. Immerhin sind Arbeitsausfälle und die daraus resultierenden Kosten de facto groß und volkswirtschaftlich nahezu dramatisch.

In der täglichen ärztlichen, besonders betriebsärztlichen Praxis, zeigt sich, dass Skelett- und Muskelerkrankungen die häufigste Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Pensionierung sind.⁴⁵

Tabelle 1 zeigt eine Statistik der Krankenstandsfälle und –tage auf Basis verschiedener Krankheitsgruppen aus dem Jahr 2009. Sie präsentiert in eindrucksvoller Weise, die Krankenstandsfälle zufolge von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, welche mit 2,7 Krankenstandstagen pro Person und Jahr die größte durchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen aus allen Krankheitsgruppen verursachen.⁴⁶

⁴³ vgl. Harter/ Schifferdecker-Hoch/ Brunner/ Denner, 2005, S.1

⁴⁴ vgl. Harter/ Schifferdecker-Hoch/ Brunner/ Denner, 2005, S.2

⁴⁵ vgl. Bieniek/ Friedrichs/ Roex/ Bödeker et al, 2004, S.1

⁴⁶ vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik Austria, 2010, S. 341

3.5.3 Krankenstandsfälle¹⁾ und -tage 2009 nach Krankheitsgruppen und Geschlecht

Erfasster Personenkreis: Alle Angestellten und Arbeiter, -innen (ohne pragmatisierte Bedienstete)

Absence from work due to illness in 2009 by causes and sex

Krankheitsgruppe	Krankenstandsfälle ¹⁾			Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen ²⁾			Pro 1.000 Erwerbstätigen entfallende Tage		
	zu-sammen	männlich	weiblich	zu-sammen	männlich	weiblich	zu-sammen	männlich	weiblich
Alle Krankheitsgruppen	3.509.904	1.846.755	1.663.149	11,0	11,3	10,7	12.602	12.977	12.188
Darminfektionen	330.588	176.188	154.400	4,6	4,5	4,6	492	497	486
Tuberkulose	197	124	73	56,3	56,8	55,4	4	4	3
Sonstige bakterielle Infektionen	5.096	3.235	1.861	12,4	13,5	10,6	21	27	13
Virusinfektionen	27.829	13.377	14.452	8,2	8,5	8,0	75	71	79
Geschlechtskrankheiten	186	99	87	10,7	11,2	10,0	1	1	1
Mykosen	717	399	318	9,1	8,4	9,9	2	2	2
Wurmerkrankungen	181	75	106	18,8	23,9	15,3	1	1	1
Sonstige Infektionskrankheiten	7.157	3.114	4.043	8,2	8,6	8,0	19	17	22
Krebs der Lippe, Mundhöhle, Rachen	306	238	68	88,7	90,2	83,5	9	13	4
Krebs der Verdauungsorgane	1.600	1.114	486	66,9	64,2	73,3	35	44	24
Krebs der Atmungsorgane	666	443	223	76,4	74,4	80,3	17	21	12
Krebs der Brust, Harn- und Geschlechtsorgane	5.041	1.501	3.540	55,3	49,7	57,6	91	46	140
Sonstige solide Krebse	3.145	1.716	1.429	36,3	36,1	36,5	37	38	36
Hämoblastosen	1.340	850	490	54,3	51,8	58,7	24	27	20
Gutartige Neubildungen	13.288	5.041	8.247	20,1	14,5	23,5	87	46	133
Sonstige Neubildungen	5.578	2.164	3.414	40,4	41,5	39,8	74	56	93
Endokrinopathien, Stoffwechsel-, Immunkrankheiten	17.174	9.925	7.249	20,0	17,6	23,3	112	108	116
Krankheiten des Blutes	1.885	638	1.247	21,7	26,7	19,1	13	11	16
Psychiatrische Krankheiten	65.525	24.669	40.856	36,9	37,1	36,9	788	568	1.032
Krankheiten des Nervensystems	53.738	19.412	34.326	11,8	13,2	11,0	206	159	259
Affektionen des Auges	29.579	16.445	13.134	9,2	9,4	9,0	89	96	81
Krankheiten des Ohres	30.854	16.554	14.300	9,5	9,4	9,5	95	97	93
Rheumatisches Fieber und rheumatische Herz-Krankheiten	172	94	78	31,9	32,9	30,7	2	2	2
Hypertonie	11.202	6.093	5.109	15,6	17,2	13,8	57	65	48
Ischämische Herzkrankheiten	8.667	6.257	2.410	37,7	41,3	28,2	106	160	47
Sonstige Herzkrankheiten	9.283	5.970	3.313	27,3	30,0	22,5	82	111	51
Cerebrovaskuläre Krankheiten	2.955	1.785	1.170	73,4	75,7	69,9	71	84	56
Krankheiten der Arterien	2.500	1.578	922	34,3	38,9	26,3	28	38	17
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	20.130	9.430	10.700	15,7	15,4	15,9	103	90	117
Sonstige Kreislauferkrankungen	18.432	5.728	12.704	6,7	7,6	6,3	40	27	55
Krankheiten der oberen Luftwege	1.266.631	653.916	612.715	6,1	6,1	6,1	2.529	2.484	2.579
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	257.640	135.408	122.232	7,7	7,8	7,7	648	653	643
Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer	60.579	29.731	30.848	4,6	4,4	4,7	90	82	99
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	87.775	46.551	41.224	10,7	12,3	8,9	306	356	251
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	10.188	4.992	5.196	21,2	22,3	20,1	70	69	71
Krankheiten der Harnorgane	41.350	10.362	30.988	8,6	12,7	7,2	115	82	152
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	5.305	5.305	-	14,8	14,8	-	25	49	-
Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	32.419	-	32.419	14,0	-	14,0	148	-	311
Fehlgeburt, Interruption	4.604	-	4.604	12,0	-	12,0	18	-	38
Komplikationen d. Gravidität, Entbindung, Wochenbett	26.816	-	26.816	11,5	-	11,5	100	-	211
Normale Entbindung	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	37.847	22.727	15.120	12,2	12,7	11,4	151	180	119
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	461.645	266.773	194.872	18,0	17,2	19,2	2.711	2.850	2.557
Kongenitale Missbildungen	2.595	1.192	1.403	21,6	22,0	21,3	18	16	20
Perinatale Affektionen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Symptome und schlecht bez. Affektionen	165.085	78.056	87.029	9,4	9,7	9,1	503	469	541
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	14.751	9.216	5.535	29,3	32,8	23,3	141	188	88
Arbeitsunfälle als Wegunfälle	8.609	4.797	3.812	25,7	28,8	21,8	72	86	57
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	120.575	93.427	27.148	19,9	20,3	18,3	780	1.179	340
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	110.424	71.692	38.732	20,0	20,0	19,8	717	891	526
Sportunfälle	45.603	35.001	10.602	22,4	21,2	26,2	332	460	190
Gewerbliche Vergiftungen	3.998	2.278	1.720	4,1	4,3	3,8	5	6	4
Nichtgewerbliche Vergiftungen	755	433	322	12,6	9,6	16,7	3	3	4
Suizidversuche, Selbstmord, absichtl. Selbstbesch.	93	53	40	51,6	51,3	52,0	2	2	1
Absichtliche Verletzungen d. andere Pers., Tötung	4.286	3.448	838	16,5	16,4	17,0	23	35	10
Sonstige exogene Ursachen (z.B. med. Komplikationen)	9.679	6.156	3.523	19,6	19,0	20,6	62	73	50
Unbekannte exogene Ursachen	28.148	18.638	9.510	13,5	12,6	15,1	123	146	98
Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	17.314	7.510	9.804	19,8	17,0	22,0	112	79	147
Sonst. Berufskrankheiten (ohne gewerbl. Vergiftungen)	6	3	3	27,0	15,0	39,0	-	-	-
Diagnose nicht feststellbar	10.173	4.834	5.339	5,2	4,2	6,0	17	12	22

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

1) Alle im Berichtsjahr abgeschlossenen mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankenstandsfälle (ohne normal verlaufene Entbindungen). - 2) Volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Tabelle 1: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07

47

Chronifizierte Fälle sind die teuersten: sie sind mit 45% für die Gesamtkosten verantwortlich.

Wir reden hier von zweierlei Kosten: Die indirekte Kostenlast trägt der Arbeitgeber bzw. die

⁴⁷ vgl. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S.341

Gemeinschaft durch Frühpensionierungen, wenn der Arbeitnehmer ausfällt. Die direkte Kostenlast entsteht durch nötig werdende Behandlungskosten, inklusive Pflegekosten.

Gewissermaßen eine „Traumvorstellung“ ist die Arbeitswiederaufnahme nach entsprechender Therapie, was bei extremen Berufen, wie Schwerstarbeitern und Krankenschwestern fast unmöglich ist, denn die Belastungen des schweren Hebens sind einem beeinträchtigtem Rücken nicht mehr zumutbar. Wie soll und kann eine Wiederaufnahme in solchen Fällen aussehen? Ein Beispiel aus der Praxis: Manche Krankenschwestern werden von den Stationen in den ambulanten Betrieb versetzt, in denen die Belastung des Hebens weitgehend entfällt.

Investitionen in die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöhen deren Beschäftigungsfähigkeit, steigern die Produktivität, sparen Kosten und vermeiden menschliches Leid.⁴⁸ In Österreich gibt es einige Betriebe, bei denen es im Angebot für die Mitarbeiter vorgesehen ist, dass sie durch eine Trainerin gewisse Dinge zur Erhaltung der Rückengesundheit lernen und üben. Aus persönlichen Erfahrungen, bei den Kursen die ich durchgeführt habe, stellte ich fest, dass auch Büroangestellte sehr häufig Probleme mit dem Rücken haben!

Das Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck sowie das französische Institut ANDEM haben für Wissenschaftliche Evaluationsstudien fünf Expertenkommissionen ins Leben gerufen.

Ihr Aufgabenbereich war es die Effektivität der Rückenschule zu bewerten. Drei der fünf Kommissionen sind zu dem Entschluss gekommen, dass die Wirksamkeit von Rückenschulprogrammen am Arbeitsplatz gesichert ist.⁴⁹

In einer volkswirtschaftlich intakten Welt, muss es speziell in so schwierigen Zeiten wie heute oberste Zielsetzung sein, Beeinträchtigungen der Arbeit zu vermeiden und die Senkung von Fehlzeiten zu optimieren.

5. Die erste Rückenschule

⁴⁸ vgl. Giesert, 2008, S.18

⁴⁹ vgl. Nentwig, 1999, S. 958

Die Basisidee für die Entstehung einer Rückenschule war die Überzeugung, Rückenschmerzen durch verschiedene präventive Maßnahmen und Schulungen (back education) vorbeugen und reduzieren zu können.⁵⁰

Die erste Rückenschule wurde 1969 von Zachrisson-Forssell im Danderyd Hospital Stockholm eingerichtet. Ziel des ambulanten Programms war Wissensvermittlung auf Basis anatomische Informationen. Der Patient sollte durch Mündigkeit und Wachheit im Bewusstsein um seine Rückenschmerzen mehr und mehr realisieren, dass man sich selber präventiv unglaublich helfen kann. Ziel der ersten Rückenschule war es auch zu erkennen, dass auch am Arbeitsplatz optimale Bedingungen von Vorteil sind und als Prophylaxe für weitere Rückenprobleme sorgen können.⁵¹

Die Gruppenschulung (6-8 Personen) enthielt vier Sitzungen zu je 45 Minuten innerhalb von zwei Wochen und beinhaltete:

- „- die Vermittlung medizinischen Basiswissens,
- das Erlernen der Stufenlagerung,
- den Zusammenhang von Körperhaltung und Belastung für den Rücken,
- Regeln für bandscheibenschonendes Sitzen und Stehen,
- Entspannungsübungen für den Nacken- und Schulterbereich,
- Übungen zum Aufbau eines Muskelkorsetts im Lendenbereich,
- Regeln zum Heben und Tragen,
- Übungen zur Kräftigung der Beinmuskulatur und
- Hinweise für eine rückenfreundliche Gestaltung der Arbeitssituation.“⁵²

5.1 Ziele der Rückenschule

Die Rückenschule ist also keine neue Erfindung, sondern hat Tradition. Erste Schritte im deutschsprachigen Raum wurden 1980 gesetzt.⁵³ Durch die Erfolge der Probanden hat sich die Rückenschule in vielen Ländern zu einer unangefochtenen Einrichtung entwickelt.

Die Ziele sind in erste Linie, Schmerzen zu reduzieren und Wiedererkrankung zu vermeiden, schädliche Verhaltensweisen zu verändern, die Körperfunktion zu verbessern und vor allem den Teilnehmer zu befähigen, Selbstverantwortung für seine Rückenprobleme zu übernehmen.

⁵⁰ vgl. Kempf, 2010, S.4

⁵¹ vgl. Kempf, 2010, S.4

⁵² vgl. Kempf, 2010, S.4

⁵³ vgl. Kempf, 2010, S.5

men.⁵⁴ Vorbehaltlos ist der Besuch einer Rückenschule und die aktive Konfrontation mit ihrer Thematik jedem weitgehend gesunden Menschen zumutbar. Rückenschulen sind gruppentherapeutische Institutionen, die Personen zu einem rückengerechten Verhalten schulen sollen.⁵⁵ Die unterschiedliche Beanspruchung gesunder und kranker Körper ist bei jeder Anwendung von höchster Bedeutung. So schreibt Werner: „Wenn Sie öfters mit Kreuz- und Nackenbeschwerden zu tun haben, an chronischen Rückenschmerzen leiden oder schon eine Operation deswegen hinter sich haben, dürfen Sie die Übungen nur mit ausdrücklichem ärztlichen Einverständnis durchführen ... Gerade wenn Sie lange Zeit nicht oder nur wenig körperlich aktiv waren, braucht ihr Rücken langsame Vorbereitung und zunehmendes Training bevor Sie ihm „Höchstleistung“ zumuten dürfen.“⁵⁶

Aus meinen persönlichen Beobachtungen stellte ich den großen Unterschied zwischen der Rückenschule und weitläufigen Fitnesscentern fest:

Die Fitnesscenterkultur ist die gelebte Fortsetzung der Bodybuilding-Studios im Amerika der 60er Jahre, die den Muskelaufbau als das höchste Gut des Menschen betrachtet haben. Man kann öfter die Beobachtung machen, dass Amateursportler deshalb ohne Betreuung mit zu viel Gewicht auf den Maschinen gesundheitlich riskante Übungen durchführen, gelegentlich sogar bis hin zur Schädigung. Nach 20 Jahren Krankenhausarbeit erlaubte ich mir darauf hinzuweisen, dass ich mehrmals Bekanntschaft mit solchen Patientinnen und Patienten gemacht habe, mitunter sogar in der Notfallaufnahme.

Manche Betriebs- und Personalräte haben eingesehen – oft auch durch Hinweise der jeweiligen Betriebsärzte – dass Krankenstände mit Rückenproblematik durch eine im Betrieb angebotene und integrierte Rückenschule abgenommen haben und weiter abnehmen.

„Wie erfolgreich sich die Rückenschule in den letzten Jahren durchsetzen konnte, lässt sich auch daran ablesen, dass immer mehr große Betriebe dazu übergehen, ihren Angestellten während der Arbeitszeit Übungen für den Rücken anzubieten - egal, ob sie im Büro oder am Fließband. Diese Initiative baut auf der Erfahrung auf, dass die Zahl der Mitarbeiter, deren

⁵⁴ vgl. Kempf, 2010, S.5

⁵⁵ vgl. Pfingsten/ Hildebrandt, 1998, S.187

⁵⁶ vgl. Werna/ Nells, 1999, S.7

Arbeitskraft aufgrund von Rückenbeschwerden beeinträchtigt ist, durch regelmäßiges Üben erheblich zurückgeht –. ein Gewinn für alle also!“⁵⁷

Ein wichtiges Ziel einer guten Rückenschule ist die Übertragung der Verantwortung für sämtliche Handlungsprozesse sowohl im Alltag als auch im beruflichen Leben auf den Klienten selbst. Das Endziel ist natürlich die Vermeidung von Haltungsschäden! Wie geht man also vor? Themen mit Bedeutung sind richtiges Tragen und Heben, Zwischenübungen zur Entlastung der Bandscheiben und die Kräftigung der Wirbelsäulenmuskulatur. Selbstverständlich wird als erweiterte Maßnahme angeraten, dass die Klienten nach der Arbeit auch in der Freizeit selbstständig Muskelaufbautraining betreiben. Die gute Rückenschule lehrt, die Zeit auch außerhalb der „Schule“ zu nützen.

In diesen gedanklichen Ansätzen und persönlichen Beobachtungen wurde eine Vielzahl von Möglichkeiten gezeigt. Das Ziel der Rückenschule lässt sich jedoch in wenigen Worten ganz unspektakulär auf harte Fakten reduzieren: Prävention von Rückenschmerzen und Vermeidung etwaiger Pflegebedürftigkeit im Alter.

5.2 Die neue Rückenschule

Die Grundidee der neuen Rückenschule ist die Schulung der Körperwahrnehmung und Körpererfahrung, Entspannung und Stressmanagement, Bewegungs- und Haltungstraining.

Weitere wichtige Aspekte sind Stress- und Schmerzbewältigung, so genannte Coping - Strategien, die durch Wissensvermittlung in Selbsthilfegruppen durchgeführt werden, wobei auch die Eintragung in Schmerztagebüchern angeraten wird.⁵⁸

Die Wirkung und Vorgehensweise bei Entspannungstechniken ist Folgende: Empfohlen wird autogenes Training, progressive Muskelentspannung und Atemübungen.⁵⁹

Längerfristige Rückengesundheit ist nur gewährleistet wenn drei Aspekte berücksichtigt werden: Freude an der Bewegung, psychische Überlastungen abzubauen und die Einstellung zu den eigenen Schmerzen zu verändern.

Wie der Namen „Rückenschule“ schon sagt, geht es um eine Wissens- und Technikvermittlung um die Reize zu setzen, damit die Personen die Anregungen schließlich im Alltag konsequent einsetzen. Falsche oder richtige Körperhaltung zu unterscheiden gehört bei der „Neuen Rückenschule“ nicht mehr ins Programm. Die Menschen sollen vielmehr persönlich sensibili-

⁵⁷ vgl. Werner/ Nelles, 1999, S.6

⁵⁸ vgl. http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5349&no_cache=1&sword_list... (18.12.2009)

⁵⁹ vgl. http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5349&no_cache=1&sword_list... (18.12.2009)

sirt werden, was ihrem Körper gut tut und was nicht. Das bedeutet eine Entlassung in die autonome Körperwahrnehmung für jeden einzelnen. Um dieses Ziel überhaupt erreichen zu können, setzen die Rückenschullehrer Elemente aus der Alexander-Technik, der Feldenkreis Methode, des Qi Gong sowie auch passive Bewegungen, Massage und Shiatsu ein.⁶⁰

Wie schon in früheren Kapiteln ausführlich dargelegt worden ist, gibt es den typischen Schmerzpatient mit allen damit Verbundenen Konsequenzen: der Schmerz bestimmt den Tag und die Nacht. Deshalb ist einer der wesentlichen Unterschiede der „Neuen Rückenschule“ gegenüber der

„Alten Rückenschule“ der Umgang mit den Schmerzen, welche zu erlernen ist um Chronifizierung der Schmerzen zu vermeiden.

6. Methode

Ich habe mich für ein quantitatives Forschungsdesign entschieden.⁶¹

Insgesamt nahmen an meinen durch einen Fragebogen unterstützten Untersuchungen 107 Personen teil. Es handelt sich um einen standardisierten Fragebogen mit einem Teil AT-IHS (Statistik Austria) und Fragen aus „The Pain Disability Index“, sowie teils eigenen Fragen.⁶²

Die primäre Fragestellung war, wie viele Menschen an chronischen Rückenschmerzen leiden! Sekundäre Fragestellung beinhaltet, welche Chancen beim Betreffenden sich bieten, um diese Probleme zu analysieren und zu bewältigen.

Die Verteilung der Fragebögen und Nennung einer Rückgabefrist dauerte in Summe 2 Monate lang. Akquiriert wurde in Gruppen, die ich die letzten 2 Jahre betreut habe. 107 Teilnehmer und Teilnehmerinnen beantworteten alle 24 Punkte und gaben den Fragebogen bei mir ab. Zusätzlich wurden Menschen befragt, die ich nicht persönlich betreut habe, welche jedoch über Familienmitglieder die Fragebögen erhalten und ausgefüllt haben. Es gab eine große positive Überraschung da die Teilnahme auf freiwilliger Basis uneingeschränkt angenommen wurde. Sämtliche durchnummerierten Fragebögen wurden ausgefüllt abgegeben, so kam es zu keinem einzigen ungültigen Ergebnis. Die Response-Rate betrug somit 100 %.

Die Teilnehmer wurden vor dem Ausfüllen der Fragebögen im Rahmen einer kurzen Einschulung auf die Zielsetzungen dieser Befragung hingewiesen. Insbesondere wurde hierbei betont, dass es sich um eine Befragung zum Thema „chronische Schmerzen als Gesundheitsproblem“ handelt.

⁶⁰ vgl. http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5349&no_cache=1&sword_list... (18.12.2009)

⁶¹ vgl. Bartholomeyczik, 2008, S. 89

⁶² vgl. Tait, Chibnall, Krause, 1990, S.171-182

In der vorliegenden Diplomarbeit wurden folgende demographischen Daten ermittelt: Geschlecht, Alter der Personen, höchste abgeschlossene Schulbildung und die Arbeitsbedingungen. Meine grundlegenden Fragen bezüglich des Gesundheitszustandes waren, ob die befragten Personen unter chronischen Schmerzen litten und sollte dies der Fall sein, welche Körperregionen davon betroffen wären. Weiters wollte ich wissen, wie stark die Schmerzen auf einer Skala von null bis zehn waren (wobei zehn den stärksten Schmerz darstellt und keine Angabe als schmerzfrei zu werten ist) und ob sie deshalb Medikamente eingenommen haben beziehungsweise im Krankenstand waren. Eine wichtige Frage für meine Datenerhebungen war, wer im Falle eines längeren Krankenstands, bei Bedarf häuslicher Pflege, diese übernehmen würde. In einem weiteren Teil habe ich mich mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und wie diese ausgesehen haben, befasst. Der letzte Teil des Fragebogens hat die Themen Lebensqualität und allgemeine Befindlichkeit im Alltagsleben (Erholung, Selbstversorgung, Sexualleben etc.) behandelt.

Die vorliegende Arbeit wurde in Zusammenhang mit meinen Tätigkeiten in folgenden Instituten angefertigt: AKH, SMZ- Ost (Donau Spital) und Otto Wagner Spital (Baumgartner Höhe). Des Weiteren gab es auch staatliche, wie private Betriebe z.B.: Dorotheum, Audi, HVÖ-Sozialversicherungsträger, Gesiba. Alle Standorte waren in Wien, Österreich.

6.1 Forschungsfrage

Das Kernthema dieser Diplomarbeit ist die Auswirkung chronischer Rückenschmerzen auf die Lebensqualität der betroffenen Personen, insbesondere in ihrem beruflichen Umfeld. Hierbei ist der Umstand beachtenswert, dass der Anteil von Personen mit Rückenproblemen stetig im Steigen ist (siehe Kapitel „Entstehung chronischer Rückenschmerzen“). Neben den persönlichen Einschränkungen, welche die Betroffenen erleiden, sind in meiner Betrachtung auch die betrieblichen Folgen von Bedeutung, da die krankheitsbedingten Einschränkungen im beruflichen Bereich bis hin zu langen Krankenständen nicht unbedeutende Kosten verursachen können. Darauf aufbauend sollen die Auswirkungen auf den Pflegebedarf aufgezeigt werden, und der vorteilhafte Einfluss von präventiven Maßnahmen auf den Gesundheitszustand. Insbesondere der betrieblichen Vorsorge soll hier besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Die zentralen Fragen dieser Forschungsarbeit lauten folgendermaßen:

1. Welche Verluste an Aktivitäten des täglichen Lebens erleiden Personen mit chronischen und nicht chronischen Rückenschmerzen?
2. Welche Folgen haben Einschränkungen im täglichen Leben im Speziellen auf die Arbeitsfähigkeit?
3. Welcher Pflegebedarf ergibt sich hieraus?
4. Welche Therapien werden als Mittel zur Schmerzlinderung verwendet?
5. Welche Vorteile bringt (betriebliche) Gesundheitsvorsorge?

6.2 Klientenbeschreibung

Meine Klienten waren sowohl Menschen, die keine Probleme mit Skelett und Muskulatur hatten, wie auch Personen mit einer längeren Vorgeschichte, sowie Menschen, die die Hoffnung längst aufgegeben haben, da sie unter chronischen Rückenbeschwerden litten.

Bei jedem Thema setzt man unweigerlich einen Fokus, oder ebendieser ergibt sich ganz von allein, so war dies bei mir der Fall: Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich hinsichtlich verschiedener Altersgruppen, sowie beider Geschlechter. Sehr junge Menschen bis hin zu solchen, die knapp vor der Rente standen, habe ich als Klienten akquiriert.

Sie setzten sich zusammen aus: Abteilungsleitern, Pflegepersonal (Tag- und Nachtschicht), Büroangestellte, Kfz-Mechaniker, Verkäufer, Juweliere und Menschen aus dem führenden Management. Reizvoll war, bei der Auswahl der Gruppen, aus einer „künstlichen“ Homogenität auszubrechen und verschiedene Arbeitsplatztypen in den Fokus zu nehmen. Jede Arbeitssituation enthält ein gewisses Maß an spezifischen Belastungen, Gefährdungen und Beanspruchungen. Die Vielzahl der Probandinnen und Probanden unterliegen verschiedenen körperlichen Stress-Tests. Während die Bürokraft sich durch das „ewige Sitzen“ eine Bandscheibenproblematik förmlich ersitzt, ist das Heben schwerer Maschinenteile in einer kühlen Halle, für den Kfz-Mechaniker auf die Dauer auch kein Jungbrunnen. Bei dem Pflegepersonal ist es die psychische wie physische Belastung, deren Erwähnung mir außerordentlich am Herzen liegt.

6.3 Fragebogen

Um bestmögliche Ergebnisse bei meiner Fragestellung in dieser Diplomarbeit zu erzielen, habe ich mich zu folgendem Modell entschieden: 3 Seiten, mit insgesamt 24 Fragen auf Basis eines standardisierten Fragebogens. Die Daten sind mittels SPSS- Programm (Deskriptive Statistik) erfasst worden. Häufigkeitstabellen, Kreuztabellen und Diagramme wurden erstellt.

Ein Fragebogen ist so gut, wie dessen Gestaltung. Dies dient einer statistischen Erfassung zum Zweck von wissenschaftlichen Arbeiten. Auf dieser Basis können inhaltliche und fundierte Gesundheitsförderungsprogramme und Präventionsprogramme ansetzen. Schließlich gilt es zielorientiert zu arbeiten. Erfasst wird, welche Bevölkerungsgruppen von welchen Gesundheitsproblemen besonders betroffen sind.

Beim heutigen Forschungsstand können psychische und körperliche Empfindungswelten als inhaltlich und konzeptionell gleichwertig, also als Stamm subjektiver Gesundheit angesehen werden.

Deshalb geht auch das bio-psycho-soziale Modell davon aus, dass bei menschlicher Gesundheit und Krankheit neben biologischen immer auch psychosoziale Aspekte zum Tragen kommen, die synchron beachtet werden müssen. Wichtig im Fragebogen war deshalb kein primärer Fokus auf Alter, Geschlecht und Familienstand, wiewohl diese Dinge standardmäßig sehr wohl abgerufen worden sind, sondern Schulbildung, berufliche Tätigkeit, Belastungen im Haushalt und Beruf, im Gegensatz zu anderen gesundheitlichen Programmen, Fragebögen oder Forschungsinhalten. Es ist bei dieser Arbeit unerlässlich, mehr über den Befragten zu wissen: Auch unentbehrlich schien in diesem Zusammenhang die Fragen 11 und 20 wo Sportaktivitäten und soziale Aktivitäten hinterfragt und vor allem erörtert worden sind.

Wichtig für die Qualität des Fragebogens war, zu ermitteln, wie die diversen Schmerzbilder auftauchen und gegebenenfalls wieder vergehen, die Häufigkeit der Schmerzen, ob Medikamente oder sogar Krankenstände in Anspruch genommen worden sind. Wichtig auch die Frage, ob Gesundheitsdienstleistungen beansprucht wurden. Alle Fragen wurden erhoben um zu beurteilen, ob die Menschen unter Rückenschmerzen leiden, und dadurch Einbußen in den Aktivitäten des täglichen Lebens haben, wenn Therapeutische Hilfe benötigt worden ist, vor allem welche und ob diese auch geholfen hat. Schließlich gilt es ja, mit der Fragebogen schon im Vorfeld zu erörtern, wer durch Methoden der Rückenschule wahrscheinlich seinen Zustand verbessern könnte und bei welchen Menschen schon viel oder alles versucht worden ist. Nun kann man weiterdenken: Was bedeutet das für die Pflege?

Teil II: Empirischer Teil

7. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

7.1 Demografische Daten

Geschlechterverteilung

An der Befragung haben 107 Personen teilgenommen. 59,8 % der Befragten waren weiblich (absolute Häufigkeit 64), 40,2 % der Befragten männlich (absolute Häufigkeit 43).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	64	59,8	59,8	59,8
	Weiblich	43	40,2	40,2	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Tabelle 2: Geschlechterverteilung

Alterstruktur

Passend zum Thema dieser Arbeit wurden für die Befragung erwerbstätiger Personen ausgewählt. Die Altersverteilung zeigt daher in typischer Weise eine maximale Häufigkeit in der Gruppe der 40 bis 49 jährigen mit 41,1% (absolute Häufigkeit 44), unmittelbar gefolgt von der Gruppe der 30 bis 39 jährigen mit 19,6% (absolute Häufigkeit 21). Die Gruppe der 20 bis 29 jährigen sind vertreten mit 15% (absolute Häufigkeit jeweils 16), die Gruppe der 50 bis 59 jährigen treten in ähnlicher Größenordnung mit 16,8 % (absolute Häufigkeit jeweils 18) auf. In der Gruppe der Personen älter als 59 Jahren sind noch 7,5 % vertreten (absolute Häufigkeit 8).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	20-29 jährige	16	15,0	15,0	15,0
	30-39 jährige	21	19,6	19,6	34,6
	40-49 jährige	44	41,1	41,1	75,7
	50-59 jährige	18	16,8	16,8	92,5
	60-69 jährige	6	5,6	5,6	98,1
	über 69 jährige	2	1,9	1,9	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Tabelle 3: Altersstruktur

Höchste abgeschlossene Schulbildung

In der Frage der höchsten abgeschlossenen Schulbildung wurde in die Bereiche Pflichtschule, Lehre mit Beruf, Fach- oder Handelsschule ohne Matura, Höhere Schule mit Matura und Studium an Universität oder Fachhochschule unterteilt. Hier zeigte sich, dass zufolge des beruflichen Umfeldes der Teilnehmer der Untersuchung der höchste Anteil mit 30,8 % (absolute Häufigkeit 33) eine Lehre mit Berufsschule abgeschlossen hatte. Mit gleichem Anteil sind Pflichtschulabschlüsse und mit einem Fach- oder Handelsschulabschluss mit jeweils 25,2 % (bzw. absolute Häufigkeit 27) vertreten. Maturaabschluss hatten 13,1 % (absolute Häufigkeit 14), ein abgeschlossenes Studium hatte nur 2,8 % (absolute Häufigkeit 3) der Befragten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Pflichtschule	27	25,2	26,0	26,0
	Lehre mit Berufsschule	33	30,8	31,7	57,7
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	27	25,2	26,0	83,7
	Höhere Schule mit Matura	14	13,1	13,5	97,1
	Studium am Universität, FH	3	2,8	2,9	100,0
	Gesamt	104	97,2	100,0	
Fehlend	System	3	2,8		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung

Arbeitsbedingungen

Zufolge meiner Erfahrungen aus eigener beruflicher Tätigkeit und der hierbei auftretenden besonderen Belastungen insbesondere auch durch Schicht- und Wechseldienste, war es interessant den Zusammenhang zwischen Rückenproblematiken und Wechseldiensten ebenfalls zu untersuchen.

9,3 % der Befragten gaben an im Schicht- oder Wechseldienst zu arbeiten (absolute Häufigkeit 10). Die restlichen 88,8 % arbeiteten unter herkömmlichen Arbeitszeitmodellen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	10	9,3	9,5	9,5
	Nein	95	88,8	90,5	100,0
	Gesamt	105	98,1	100,0	
Fehlend	System	2	1,9		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 5: Arbeitsbedingungen mit Schicht- oder Wechseldiensten

Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (BMI) gibt an, wie schwer ein Mensch bezogen auf seine Körpergröße ist. Mit folgender Formel kann der BMI berechnet werden:

$$BMI = \text{Körpergewicht (kg)} \text{ dividiert durch Körpergröße zum Quadrat (m}^2\text{)}$$

Mit Hilfe des BMI kann festgestellt werden ob jemand Unter-, Normal- oder Übergewichtig ist.⁶³

Der Weltgesundheitsorganisation Report (WHO Report 1995) gibt die Einteilung für Frauen und Männer über die Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas:

- Untergewicht > 18,5 BMI kg/m²
- Normalgewicht 18,5-24,9 BMI kg/m²
- Übergewicht 25,0-29,9 BMI kg/m²
- Adipositas Grad 1 30,0-34,9 BMI kg/m²
- Adipositas Grad 2 35,0-39,9 BMI kg/m²
- Extreme Adipositas Grad 3 über 40 BMI kg/m².⁶⁴

Daher wurde im Fragebogen sowohl die Größe als auch das Gewicht der Betroffenen erhoben.

Von 31 Personen gibt es keine Angaben zum BMI. Bei den anderen Personen, die Informationen zur Berechnung des BMI abgaben zeigt sich, dass nur etwas mehr als die Hälfte mit einem Anteil von 53,9 % (absolute Häufigkeit 41) auf Basis des Body-Mass-Index als normalgewichtig gelten. 32,9 % (absolute Häufigkeit 25) sind als übergewichtig einzustufen, 5,3 % (absolute Häufigkeit 4) sind untergewichtig, 7,9 % (absolute Häufigkeit 6) gelten als Adipositas.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Untergewicht	4	3,7	5,3	5,3
	Normalgewicht	41	38,3	53,9	59,2
	Übergewicht	25	23,4	32,9	92,1
	Adipositas	6	5,6	7,9	100,0
	Gesamt	76	71,0	100,0	
Fehlend	System	31	29,0		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 6: BMI - Kategorie

⁶³ vgl. Schade, 2003, S.179

⁶⁴ vgl. Weineck, 2000, S.497

7.2 Körperliche Aktivitäten

In dieser Frage mussten die Testpersonen jene Beschreibung aus 6 verschiedenen Möglichkeiten auswählen, welche ihre körperliche Aktivität im letzten Jahr am Besten beschreibt. Es war nur eine Auswahl erlaubt.

20,6 % (absolute Häufigkeit 22) betreiben intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche.

15 % (absolute Häufigkeit 16) gehen regelmäßigem Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit mit mindestens 4 Std. pro Woche nach.

10,3 % (absolute Häufigkeit 11) betreiben Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit mit weniger als 4 Std. pro Woche.

Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten mit mindestens 4 Std. pro Woche machen 20,6 % (absolute Häufigkeit 22).

Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten mit weniger als 4 Std. pro Woche gaben 25,2 % (absolute Häufigkeit 27) an.

Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten wurden immerhin noch von 7,5 % (absolute Häufigkeit 8) als körperliche Aktivität angegeben.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche	22	20,6	20,8	20,8
	Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4Std./ Woche	16	15,0	15,1	35,8
	Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4Std./ Woche	11	10,3	10,4	46,2
	Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4Std./ Woche	22	20,6	20,8	67,0
	Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4Std./ Woche	27	25,2	25,5	92,5
	Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten	8	7,5	7,5	100,0
	Gesamt	106	99,1	100,0	
Fehlend	System	1	,9		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 7: Körperliche Aktivitäten

7.3 Gesundheitszustand

Chronische Schmerzen

Diese Arbeit untersucht die Folgen von Schmerzen auf die Lebensqualität der betroffenen Personen, insbesondere die Auswirkung von chronischen Schmerzen. Somit muss zwischen gesundheitlichen Problemen zufolge akuter Schmerzen und solcher zufolge von chronischen Schmerzen unterschieden werden.

Immerhin ein Drittel der Befragten mit einem Anteil von 33,6 % (absolute Häufigkeit 36) leiden unter chronischen Schmerzen.

(Die nicht eindeutige Formulierung auf dem Fragebogen wurde dadurch kompensiert, dass im Rahmen einer kurzen Einschulung der Teilnehmer bei der Übergabe der Fragebögen darauf hingewiesen wurde, dass es sich um die Auswertung des Themas „chronische Schmerzen als Gesundheitsproblem“ handelt.)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	36	33,6	33,6	33,6
	Nein	71	66,4	66,4	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Tabelle 8: Chronische Schmerzen

Schmerzbereiche

Die wichtigsten Beeinträchtigungen von Schmerzzonen und somit in gleicher Weise die Unterteilung der Bereiche im Fragebogen, befinden sich in den Bereichen Wirbelsäule, Füße, Hüfte und Knie, Schulter und Hand. Zusätzlich zu diesen gab es auch die Möglichkeit eine andere Körperregion anzugeben.

Als Zeitraum für das Auftreten der Schmerzen wurde das vergangene Jahr herangezogen.

Mit großem Abstand am Häufigsten sind mit 48,6 % Rückenschmerzen (absolute Häufigkeit 52). An zweiter Stelle mit ebenfalls erheblichen 30,8 % (absolute Häufigkeit 33) liegen Schmerzen im Schulter-, Arm- und Handbereich. An dritter Stelle mit 16,3 % (absolute Häufigkeit 15) treten Schmerzen im Bereich Hüfte und Knie auf. Immerhin noch 7,5 % (absolute Häufigkeit 8) klagen über Schmerzen im Fußbereich. 3,7 % (absolute Häufigkeit 4) gaben andere Körperregionen an, wie zum Beispiel Nacken, Magen oder Bauch.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Wirbelsäule	52	48,6	100,0	100,0
Fehlend	System	55	51,4		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 9: Schmerzbereich - Wirbelsäule

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Fuß	8	7,5	100,0	100,0
Fehlend	System	99	92,5		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 10: Schmerzbereich - Fuß

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Hüfte / Knie	15	16,3	100,0	100,0
Fehlend	System	77	83,7		
Gesamt		92	100,0		

Tabelle 11: Schmerzbereich – Hüfte / Knie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Schulter, Arm, Hand	33	30,8	100,0	100,0
Fehlend	System	74	69,2		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 12: Schmerzbereich – Schulter / Arm / Hand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sonstige Körperregionen	4	3,7	100,0	100,0
Fehlend	System	103	96,3		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 13: Schmerzbereich – Sonstige Körperregionen

Schmerzintensität

Für die Beurteilung der Intensität der Schmerzen wurde eine Werteskala von 1 bis 10 angeboten, wobei der Wert 1 für geringen Schmerz und der Wert 10 für stärksten Schmerz verwendet wurde. Jene Personen, die schmerzfrei waren, kreuzten auf der angebotenen Skala keinen Wert an (20,6 %, absolute Häufigkeit 22).

Von den Personen mit Schmerzen gaben 45,9 % der Befragten geringe bis mittlere Schmerzen an (Werte 1 bis 3, absolute Häufigkeit 43), 27,1 % gaben mittlere bis starke Schmerzen an (Werte 4 bis 6, absolute Häufigkeit 23), 22,4 % gaben starke bis sehr starke Schmerzen an (Werte 7 bis 9, absolute Häufigkeit 19). Kein einziger beurteilte seine Schmerzen mit dem Wert 10.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1- geringer Schmerz	14	13,1	16,5	16,5
	2	12	11,2	14,1	30,6
	3	17	15,9	20,0	50,6
	4	10	9,3	11,8	62,4
	5	8	7,5	9,4	71,8
	6	5	4,7	5,9	77,6
	7	10	9,3	11,8	89,4
	8	6	5,6	7,1	96,5
	9	3	2,8	3,5	100,0
	10- stärkster Schmerz	0	0	0	100,0
	Gesamt	85	79,4	100,0	
Fehlend	System	22	20,6		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 14: Schmerzintensität

Der Mittelwert der Schmerzintensität aller Befragten mit Schmerzen war 4,05.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Schmerzintensität	85	1	9	4,05	2,390
Gültige Werte	85				

Tabelle 15: Schmerzintensität- Mittelwert

Schmerzsituationen

Die meisten Beschwerden mit 50,5 % (absolute Häufigkeit 54) wurden im beruflichen Alltag verspürt.

Jeweils ein Viertel (26,2 %, absolute Häufigkeit 28 und 25,2 %, absolute Häufigkeit 27) geben Haushalt und Freizeit an, etwas weniger (22,4 %, absolute Häufigkeit 24) nennen Sport als jene Tätigkeit, bei der der meiste Schmerz auftritt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Haushalt	28	26,2	100,0	100,0
Fehlend	System	79	73,8		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 16: Haushalt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Beruf	54	50,5	100,0	100,0
Fehlend	System	53	49,5		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 17: Beruf

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Freizeit	27	25,2	100,0	100,0
Fehlend	System	80	74,8		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 18: Freizeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sport	24	22,4	100,0	100,0
Fehlend	System	83	77,6		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 19: Sport

Krankenstände

22,4 % (absolute Häufigkeit 24) waren zufolge der Schmerzen in den letzten 12 Monaten im Krankenstand, 68,2 % (absolute Häufigkeit 73) kamen ohne Krankenstand aus.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	24	22,4	24,7	24,7
	Nein	73	68,2	75,3	100,0
	Gesamt	97	90,7	100,0	
Fehlend	System	10	9,3		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 20: Krankenstände

Einnahme von Medikamenten

Fast die Hälfte der Probanden (43,9 %, absolute Häufigkeit 47) gaben an aufgrund der Beschwerden in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen zu haben, 44,9 % (absolute Häufigkeit 48) nahmen keine Medikamente ein, 11,2 % (absolute Häufigkeit 12) machten keine Angaben.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	47	43,9	49,5	49,5
	Nein	48	44,9	50,5	100,0
	Gesamt	95	88,8	100,0	
Fehlend	System	12	11,2		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 21: Einnahme von Medikamenten

Betreuung und häusliche Pflege bei längerer Krankheit

Auf die Frage, wer bei einer längeren Krankheit die Betreuung im Rahmen der häuslichen Pflege übernimmt, gaben die Hälfte der Probanden (50,5 %, absolute Häufigkeit 54) ihren Partner an, 7,5 % (absolute Häufigkeit 8) nannten Kinder und Schwiegerkinder.

Mit 10,3 % (absolute Häufigkeit 11) wurden Soziale Dienste (Soziale Dienste mit Finanzierung aus öffentlichen oder anderen Quellen) genannt, nur 1,9 % (absolute Häufigkeit 2) nannten privat finanzierte Pflege. 29 % (absolute Häufigkeit 31) enthielten sich einer Angabe.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ehegatte(in), Lebensgefährte(in)	54	50,5	71,1	71,1
	Schwieger-Tochter/ Sohn	8	7,5	10,5	81,6
	Soziale Dienste	11	10,3	14,5	96,1
	Bezahlte Hilfe	2	1,9	2,6	98,7
	Niemand	1	,9	1,3	100,0
	Gesamt	76	71,0	100,0	
Fehlend	System	31	29,0		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 22: Betreuung und häusliche Pflege bei längerer Krankheit

7.4 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Für mich war es wichtig zu erfahren, welche Arten von Gesundheitsdienstleistungen von den Betroffenen in Anspruch genommen wurden.

An erster Stelle steht mit 29 % die Physiotherapie (absolute Häufigkeit 31). Knapp dahinter mit 27,1 % (absolute Häufigkeit 29) die Rückenschule. 22,4 % (absolute Häufigkeit 24) nannten sonstige Dienstleistungen, wie beispielsweise Kur, Massage, Osteopathie. 9,3 % (absolute Häufigkeit 10) wählten komplementäre Behandlungsmethoden, wie Kinesiologie oder TCM, 3,7 % (absolute Häufigkeit 4) waren bei einer Akupunktur. 2,8 % (absolute Häufigkeit 3) beanspruchten eine Ernährungsberatung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Physiotherapie	31	29,0	100,0	100,0
Fehlend	System	76	71,0		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 23: Physiotherapie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Rückenschule	29	27,1	100,0	100,0
Fehlend	System	78	72,9		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 24: Rückenschule

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Akupunktur	4	3,7	100,0	100,0
Fehlend	System	103	96,3		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 25: Akupunktur

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ernährungsberatung	3	2,8	100,0	100,0
Fehlend	System	104	97,2		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 26: Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Komplementäre Behandlungsmethoden	11	10,3	100,0	100,0
Fehlend	System	96	89,7		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 27: Komplementäre Behandlungsmethoden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sonstige Gesundheitsdienstleistungen	24	22,4	100,0	100,0
Fehlend	System	83	77,6		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 28: Sonstige Gesundheitsdienstleistungen

Besserung der Beschwerden während der Therapie

30,8 % (absolute Häufigkeit 33) der Befragten gaben an während der Therapie eine Verbesserung verspürt zu haben, 27,1 % (absolute Häufigkeit 29) sprach von einer teilweisen Verbesserung, 5,6 % (absolute Häufigkeit 6) gaben an keine Verbesserung zu spüren. Die restlichen 36,5 % (absolute Häufigkeit 39) machten keine Angaben, was darauf zurückzuführen ist, dass sie entweder keine Schmerzen hatten oder keine Therapie machten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	33	30,8	48,5	48,5
	Teilweise	29	27,1	42,6	91,2
	Nein	6	5,6	8,8	100,0
	Gesamt	68	63,6	100,0	
Fehlend	System	39	36,4		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 29: Besserung der Beschwerden während der Therapie

7.5 Auswirkungen auf die Lebensqualität und die allgemeine Befindlichkeit im Alltagsleben

Einschränkungen im Alltagsleben infolge gesundheitlicher Probleme

Einschränkungen im Alltagsleben infolge gesundheitlicher Probleme wirken sich zumeist unmittelbar auf das Wohlbefinden und somit auf die Lebensqualität der Betroffenen aus. Die Befragung zeigte einen Anteil von 4,7 % (absolute Häufigkeit 5) die eine starke Einschränkung empfanden, 38,4 % (absolute Häufigkeit 41) fühlten sich etwas eingeschränkt, 43,9 % (absolute Häufigkeit 47) sprachen von keiner Einschränkung durch gesundheitliche Probleme.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Stark eingeschränkt	5	4,7	5,4	5,4
	Etwas eingeschränkt	41	38,3	44,1	49,5
	Nicht eingeschränkt	47	43,9	50,5	100,0
	Gesamt	93	86,9	100,0	
Fehlend	System	14	13,1		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 30: Einschränkungen im Alltagsleben infolge gesundheitlicher Probleme

Nur ein geringer Anteil, 19,4 % (absolute Häufigkeit 7) der Probanden mit chronischen Beschwerden gaben an keine Einschränkung im alltäglichen Leben zu spüren.

13,9 % (absolute Häufigkeit 5) der Befragten mit chronischen Schmerzen fühlten sich stark eingeschränkt und 63,9 % (absolute Häufigkeit 23) sind etwas eingeschränkt.

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Chronische Schmerzen	Gültig	Stark eingeschränkt	5	13,9	14,3	14,3
		Etwas eingeschränkt	23	63,9	65,7	80,0
		Nicht eingeschränkt	7	19,4	20,0	100,0
		Gesamt	35	97,2	100,0	
	Fehlend	System	1	2,8		
	Gesamt		36	100,0		
Keine Chronische Schmerzen	Gültig	Etwas eingeschränkt	18	25,4	31,0	31,0
		Nicht eingeschränkt	40	56,3	69,0	100,0
		Gesamt	58	81,7	100,0	
	Fehlend	System	13	18,3		
	Gesamt		71	100,0		

Tabelle 31: Einschränkungen im Alltagsleben infolge chronischer Schmerzen

Für die nachfolgenden Fragen 18 bis 24 im Bereich der Auswirkungen auf die Lebensqualität und die allgemeinen Befindlichkeiten wurde die Fragestellung mit einer Werteskala von 0 bis 10 versehen, wobei 0 für keine Beeinträchtigung stand und 10 für völlige Beeinträchtigung.

Auswirkung auf familiäre und häusliche Verpflichtungen

Niemand fühlte sich völlig beeinträchtigt (Wertebereich 10). Starke Beeinträchtigung (Wertebereich 9 bis 7) empfanden 1,8 % (absolute Häufigkeit 2), mittlere Beeinträchtigung (Wertebereich 6 bis 4) empfanden 13 % (absolute Häufigkeit 14), geringe Beeinträchtigung (Wertebereich 3 bis 1) wurde von 36,5 % (absolute Häufigkeit 39) angegeben.

Beinahe die Hälfte der Befragten mit 45,8 % (absolute Häufigkeit 49) fühlten gar keine Beeinträchtigung (Wertebereich 0) von Tätigkeiten im Bereich der Hausarbeiten, die das eigene Heim oder die Familie betrafen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0- keine Beeinträchtigung	49	45,8	47,1	47,1
	1	11	10,3	10,6	57,7
	2	12	11,2	11,5	69,2
	3	16	15,0	15,4	84,6
	4	3	2,8	2,9	87,5
	5	7	6,5	6,7	94,2
	6	4	3,7	3,8	98,1
	7	1	0,9	1,0	99,0
	8	1	0,9	1,0	100,0
	9	0	0	0	100,0
	10- starke Beeinträchtigung	0	0	0,0	100,0
	Gesamt	104	97,2	100,0	
Fehlend	System	3	2,8		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 32: Auswirkung auf familiäre und häusliche Verpflichtungen

Auswirkung auf Erholung

Im Bereich von Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten fühlte sich niemand völlig beeinträchtigt (Wertebereich 10). Starke Beeinträchtigung (Wertebereich 9 bis 7) empfanden 3,8 % (absolute Häufigkeit 4), mittlere Beeinträchtigung (Wertebereich 6 bis 4) empfanden 9,3 % (absolute Häufigkeit 10), geringe Beeinträchtigung (Wertebereich 3 bis 1) wurde von 36,4 % (absolute Häufigkeit 39) angegeben.

Beinahe die Hälfte der Befragten mit 47,7 % (absolute Häufigkeit 51) fühlten gar keine Beeinträchtigung (Wertebereich 0).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0- keine Beeinträchtigung	51	47,7	49,0	49,0
	1	9	8,4	8,7	57,7
	2	17	15,9	16,3	74,0
	3	13	12,1	12,5	86,5
	4	6	5,6	5,8	92,3
	5	1	0,9	1,0	93,3
	6	3	2,8	2,9	96,2
	7	2	1,9	1,9	98,1
	8- starke Beeinträchtigung	2	1,9	1,9	100,0
	Gesamt	104	97,2	100,0	
Fehlend	System	3	2,8		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 33: Auswirkung auf Erholung

Auswirkung sozialer Aktivitäten

Im Bereich von sozialen Aktivitäten, wie Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und anderes fühlte sich niemand völlig beeinträchtigt (Wertebereich 10). Starke Beeinträchtigung (Wertebereich 9 bis 7) empfanden nur 0,9 % (absolute Häufigkeit 1), mittlere Beeinträchtigung (Wertebereich 6 bis 4) empfanden 1,8 % (absolute Häufigkeit 3), geringe Beeinträchtigung (Wertebereich 3 bis 1) wurde von 28 % (absolute Häufigkeit 30) angegeben.

Zwei Drittel der Befragten mit 65,4 % (absolute Häufigkeit 70) fühlten gar keine Beeinträchtigung (Wertebereich 0).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0- keine Beeinträchtigung	70	65,4	68,0	68,0
	1	15	14,0	14,6	82,5
	2	10	9,3	9,7	92,2
	3	5	4,7	4,9	97,1
	4	1	0,9	1,0	98,1
	6	1	0,9	1,0	99,0
	7- starke Beeinträchtigung	1	0,9	1,0	100,0
	Gesamt	103	96,3	100,0	
Fehlend	System	4	3,7		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 34: Auswirkung sozialer Aktivitäten

Auswirkung auf den Beruf

Unter Auswirkungen auf berufliche Aktivitäten sind auch jene Aktivitäten zu verstehen, die nur einen Teil des Berufes betreffen oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben, aber ebenso Tätigkeiten Hausfrauen bzw. Hausmännern.

Hierbei fühlte sich niemand völlig beeinträchtigt (Wertebereich 10). Starke Beeinträchtigung (Wertebereich 9 bis 7) empfanden 3,7 % (absolute Häufigkeit 4), mittlere Beeinträchtigung (Wertebereich 6 bis 4) empfanden 14,1 % (absolute Häufigkeit 15), geringe Beeinträchtigung (Wertebereich 3 bis 1) wurde von 33,6 % (absolute Häufigkeit 36) angegeben.

Beinahe die Hälfte der Befragten mit 45,8 % (absolute Häufigkeit 49) fühlten gar keine Beeinträchtigung (Wertebereich 0).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0- keine Beeinträchtigung	49	45,8	47,1	47,1
	1	17	15,9	16,3	63,5
	2	9	8,4	8,7	72,1
	3	10	9,3	9,6	81,7
	4	8	7,5	7,7	89,4
	5	2	1,9	1,9	91,3
	6	5	4,7	4,8	96,2
	7	3	2,8	2,9	99,0
	8- starke Beeinträchtigung	1	0,9	1,0	100,0
	Gesamt	104	97,2	100,0	
Fehlend	System	3	2,8		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 35: Auswirkung auf den Beruf

Auswirkung auf das Sexualleben

Bei den Auswirkungen auf die Häufigkeit und die Qualität ihres Sexuallebens war wiederum niemand völlig beeinträchtigt (Wertebereich 10). Starke Beeinträchtigung (Wertebereich 9 bis 7) empfanden 3,7 % (absolute Häufigkeit 4), mittlere Beeinträchtigung (Wertebereich 6 bis 4) empfanden 1,8 % (absolute Häufigkeit 2), geringe Beeinträchtigung (Wertebereich 3 bis 1) wurde von 25,2 % (absolute Häufigkeit 27) angegeben.

Etwa zwei Drittel der Befragten mit 63,6 % (absolute Häufigkeit 68) gaben an, gar keine Beeinträchtigung (Wertebereich 0) zu erleben.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0- keine Beeinträchtigung	68	63,6	67,3	67,3
	1	17	15,9	16,8	84,2
	2	6	5,6	5,9	90,1
	3	4	3,7	4,0	94,1
	4	1	0,9	1,0	95,0
	5	1	0,9	1,0	96,0
	7	3	2,8	3,0	99,0
	8- starke Beeinträchtigung	1	0,9	1,0	100,0
	Gesamt	101	94,4	100,0	
Fehlend	System	6	5,6		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 36: Auswirkung auf das Sexualleben

Auswirkung auf die Fähigkeit zur Selbstversorgung

Zufolge von Einschränkungen auf Aktivitäten die in den Bereich der Selbstversorgung, wie Unabhängigkeit beim Waschen, Anziehen oder Autofahren, war niemand völlig auf fremde Hilfe angewiesen (Wertebereich 10). Starke Abhängigkeit (Wertebereich 9 bis 7) empfanden 1,9 % (absolute Häufigkeit 2), mittlere Abhängigkeit (Wertebereich 6 bis 4) 5,5 % (absolute Häufigkeit 6), geringe Abhängigkeit (Wertebereich 3 bis 1) wurde von 14,9 % (absolute Häufigkeit 16) angegeben.

Beinahe drei Viertel der Befragten mit 73,8 % (absolute Häufigkeit 79) gaben an, gar keine Abhängigkeit (Wertebereich 0) zu erleben.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0- keine Beeinträchtigung	79	73,8	76,7	76,7
	1	7	6,5	6,8	83,5
	2	4	3,7	3,9	87,4
	3	5	4,7	4,9	92,2
	4	4	3,7	3,9	96,1
	5	1	0,9	1,0	97,1
	6	1	0,9	1,0	98,1
	7- starke Beeinträchtigung	2	1,9	1,9	100,0
	Gesamt	103	96,3	100,0	
Fehlend	System	4	3,7		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 37: Auswirkung auf die Fähigkeit zur Selbstversorgung

Auswirkung auf lebensnotwendige Tätigkeiten

Im Bereich der absolut lebensnotwendigen Tätigkeiten (Essen, Schlafen, Atmen) war niemand völlig auf fremde Hilfe angewiesen (Wertebereich 10). Starke Abhängigkeit (Wertebereich 9 bis 7) empfanden 0,9 % (absolute Häufigkeit 1), mittlere Abhängigkeit (Wertebereich 6 bis 4) 3,7 % (absolute Häufigkeit 4), geringe Abhängigkeit (Wertebereich 3 bis 1) wurde von 15,8 % (absolute Häufigkeit 17) angegeben.

Drei Viertel der Befragten mit 75,7 % (absolute Häufigkeit 81) erlebten gar keine Abhängigkeit (Wertebereich 0).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0- keine Beeinträchtigung	81	75,7	78,6	78,6
	1	7	6,5	6,8	85,4
	2	6	5,6	5,8	91,3
	3	4	3,7	3,9	95,1
	4	2	1,9	1,9	97,1
	5	1	0,9	1,0	98,1
	6	1	0,9	1,0	99,0
	7- starke Beeinträchtigung	1	0,9	1,0	100,0
	Gesamt	103	96,3	100,0	
Fehlend	System	4	3,7		
Gesamt		107	100,0		

Tabelle 38: Auswirkung auf lebensnotwendige Tätigkeiten

8. Ausarbeitung der Forschungsfragen

Die zentralen Fragen dieser Forschungsarbeit lauten folgendermaßen:

1. Welche Verluste an Aktivitäten des täglichen Lebens erleiden Personen mit chronischen und nicht chronischen Rückenschmerzen? (siehe 8.1)
2. Welche Folgen haben Einschränkungen im täglichen Leben im speziellen auf die Arbeitsfähigkeit? (siehe 8.2)
3. Welcher Pflegebedarf ergibt sich hieraus? (siehe 8.3)
4. Welche Therapien werden als Mittel zur Schmerzlinderung verwendet? (siehe 8.4)
5. Welche Vorteile bringt (betriebliche) Gesundheitsvorsorge? (siehe 8.5)

8.1 Welche Verluste an Aktivitäten des täglichen Lebens erleiden Personen mit nicht chronischen und chronischen Rückenschmerzen

Chronische Rückenschmerzen

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Schmerzen in anderen Körperbereichen	Gültig	Chronisch	12	21,8	21,8	21,8
		Nicht chronisch	43	78,2	78,2	100,0
	Gesamt		55	100,0	100,0	
Wirbelsäulenschmerzen	Gültig	Chronisch	24	46,2	46,2	46,2
		Nicht chronisch	28	53,8	53,8	100,0
	Gesamt		52	100,0	100,0	

Tabelle 39: Chronische Wirbelsäuleschmerzen

Von 107 befragten Personen leiden 52 Personen unter Rückenschmerzen und davon 24 Personen (46,2 %) unter chronischen Rückenschmerzen.

Dies zeigt den hohen Grad an Chronifizierung von Rückenproblemen, wodurch diese zu einem dauerhaften gesundheitlichen Problem mit all seinen Folgen für privates und berufliches Leben werden.

Geschlechterspezifische Schmerzlokalisierung

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Wirbelsäulenschmerzen	34	53,1	100,0	100,0
	Fehlend	System	30	46,9		
	Gesamt		64	100,0		
Männlich	Gültig	Wirbelsäulenschmerzen	18	41,9	100,0	100,0
	Fehlend	System	25	58,1		
	Gesamt		43	100,0		

Tabelle 40 : Wirbelsäulenschmerzen bei Frauen und Männer

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Fußschmerzen	3	4,7	100,0	100,0
	Fehlend	System	61	95,3		
	Gesamt		64	100,0		
Männlich	Gültig	Fußschmerzen	5	11,6	100,0	100,0
	Fehlend	System	38	88,4		
	Gesamt		43	100,0		

Tabelle 41: Fußschmerzen bei Frauen und Männern

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Hüft-/Knieschmerzen	16	25,0	100,0	100,0
	Fehlend	System	48	75,0		
	Gesamt		64	100,0		
Männlich	Gültig	Hüft-/Knieschmerzen	8	18,6	100,0	100,0
	Fehlend	System	35	81,4		
	Gesamt		43	100,0		

Tabelle 42: Schmerzen in Hüfte/ Knie bei Frauen und Männern

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Schulter-, Arm-, Handschmerzen	23	35,9	100,0	100,0
	Fehlend	System	41	64,1		
	Gesamt		64	100,0		
Männlich	Gültig	Schulter-, Arm-, Handschmerzen	10	23,3	100,0	100,0
	Fehlend	System	33	76,7		
	Gesamt		43	100,0		

Tabelle 43: Schulter-, Arm- oder Handschmerzen bei Frauen und Männern

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Sonstige Schmerzen	4	6,3	100,0	100,0
	Fehlend	System	60	93,8		
	Gesamt		64	100,0		
Männlich	Fehlend	System	43	100,0		

Tabelle 44: Schmerzen in sonstigen Körperregionen bei Frauen und Männern

In Frage 2 wurde die Lokalisierung der auftretenden Schmerzen hinterfragt. Im Folgenden soll untersucht werden, ob ein Zusammenhang mit dem Geschlecht der befragten Personen besteht.

53,1 % der Frauen und 41,9 % der Männer hatten erhebliche Schmerzen in den letzten 12 Monaten im Bereich der Wirbelsäule (siehe Tabelle 40).

4,7 % der Frauen und 11,6 % der Männer hatten erhebliche Schmerzen in den letzten 12 Monaten im Bereich der Füße (siehe Tabelle 41).

25 % der Frauen und 18,6 % der Männer hatten erhebliche Schmerzen in den letzten 12 Monaten im Bereich der Hüfte und der Knie (siehe Tabelle 42).

35,9 % der Frauen und 23,3 % der Männer hatten erhebliche Schmerzen in den letzten 12 Monaten im Bereich von Schulter, Arm und Hand (siehe Tabelle 43).

6,3 % der Frauen und 0 % der Männer hatten erhebliche Schmerzen in den letzten 12 Monaten in sonstigen Körperregionen (siehe Tabelle 44).

Es zeigt sich, dass die höhere Schmerzbelastung grundsätzlich bei den Frauen auftritt, ausgenommen der Bereich der Füße.

Mittlere Schmerzintensität und Schmerzlokalisierung

	Wirbelsäule	Fuß	Hüfte / Knie	Schulter / Arm / Hand	Sonstige Körper- Regionen
Mittlere Schmerzintensität	4,44	3,88	5,29	5,13	4,25

Tabelle 45: Mittlere Schmerzintensität und Schmerzlokalisierung

Auf einer Schmerzskala von 1 (geringer Schmerz) bis 10 (stärkster Schmerz) ergeben sich die Mittelwerte der angegebenen Intensität der Schmerzen mit dem höchsten Wert von 5,29 für Hüfte und Knie, gefolgt von Schulter und Arm (Stärke 5,13), Wirbelsäule (Stärke 4,44), sonstigen Körperregionen (Stärke 4,25) und Fuß (Stärke 3,88). Jene Personen, die schmerzfrei waren, kreuzten auf der angebotenen Schmerzskala keinen Wert an.

Einbußen der Lebensqualität

	Wirbelsäule	Fuß	Hüfte / Knie	Schulter / Arm / Hand	Sonstige Körper- regionen
Familie und häusliche Verpflichtungen	2,38	2,25	2,50	2,64	2,00
Erholung	2,25	2,13	2,50	2,55	2,50
Soziale Aktivitäten	0,96	0,75	1,21	1,00	2,25
Beruf	2,54	1,88	2,21	2,70	2,00
Sexualleben	1,47	0,71	1,35	1,35	0,50
Selbstversorgung	1,25	1,00	1,17	1,15	0,00
Lebensnotwendige Tätigkeiten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabelle 46: Beeinträchtigung der Lebensqualität und Schmerzlokalisierung

In der Verknüpfung der Fragestellungen über die Schmerzlokalisierung und Intensität der Beeinträchtigung für den jeweiligen Lebensbereich (0 ... keine Beeinträchtigung bis 10 ... völlige Beeinträchtigung) zeigen sich die Schwerpunkte für alle Problembereiche in den Bereichen Familie und häusliche Verpflichtungen, Erholung und Beruf.

Im Berufsalltag führen Schmerzen im Wirbelsäulenbereich zur - auch absolut - stärksten Beeinträchtigung der Lebensqualität, der auch der Schwerpunkt dieser Diplomarbeit gewidmet ist.

8.2 Welche Folgen haben Einschränkungen im täglichen Leben im speziellen auf die Arbeitsfähigkeit

Bedeutung von Wirbelsäulenbeschwerden bei berufstätigen Menschen

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
In sonstigen Situationen	Gültig	Keine Schmerzen im Wirbelsäulenbereich	12	22,6	100,0	100,0
	Fehlend	System	41	77,4		
	Gesamt		53	100,0		
Die meisten Schmerzen im Beruf	Gültig	Schmerzen im Wirbel- säulenbereich	40	74,1	100,0	100,0
	Fehlend	System	14	25,9		
	Gesamt		54	100,0		

Tabelle 47: Auftreten von Wirbelsäulenschmerzen im Beruf

Von 107 Befragten gaben 54 Personen (50,5%) an, die meisten Beschwerden im Berufsleben zu verspüren. Von diesen wiederum hatten 40 Personen erhebliche Schmerzen im Wirbelsäulenbereich (74,1%).

Somit sind Wirbelsäulenbeschwerden an führender Stelle der gesundheitlichen Probleme bei berufstätigen Menschen!

Beeinträchtigungen im Beruf bei Befragten mit Wirbelsäulenbeschwerden

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wirbelsäulenbeschwerden	Gültig	0- keine Beeinträchtigung	13	25,0	25,0	25,0
		1	9	17,3	17,3	42,3
		2	7	13,5	13,5	55,8
		3	7	13,5	13,5	69,2
		4	6	11,5	11,5	80,8
		5	1	1,9	1,9	82,7
		6	5	9,6	9,6	92,3
		7	3	5,8	5,8	98,1
		8- starke Beeinträchtigung	1	1,9	1,9	100,0
	Gesamt		52	100,0	100,0	

Tabelle 48: Stärke der Beeinträchtigung durch Schmerzen im Beruf bei Wirbelsäulenproblemen

Die Verknüpfung der Fragestellungen über erhebliche Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und Schmerzintensität im beruflichen Alltag zeigt, dass von beinahe 50% der Befragten (absolute Häufigkeit 52), welche Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule angeben, immerhin 55,8 % mit geringen bis mittleren Schmerzen (Schmerzintensität 1 bis 4) im beruflichen Alltag und sogar 19,2 % mit mittleren bis starken Schmerzen (Schmerzintensität 5 bis 8) konfrontiert sind.

Krankenstände oder Einnahme von Medikamenten bei Befragten mit Wirbelsäulenbeschwerden

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Schmerzen in anderen Körperbereichen	Gültig	Krankenstände	6	10,9	13,0	13,0
		Keine Krankenstände	40	72,7	87,0	100,0
		Gesamt	46	83,6	100,0	
	Fehlend	System	9	16,4		
	Gesamt		55	100,0		
Wirbelsäulenbe- schwerden	Gültig	Krankenstände	18	34,6	35,3	35,3
		Keine Krankenstände	33	63,5	64,7	100,0
		Gesamt	51	98,1	100,0	
	Fehlend	System	1	1,9		
	Gesamt		52	100,0		

Tabelle 49: Krankenstände

Die Verknüpfung der Fragestellungen über erhebliche Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und Krankenstand (während des letzten Jahres) zeigt, dass von jenen beinahe 50% der Befragten (absolute Häufigkeit 52), welche Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule angeben, mehr als ein Drittel 34,6 % (absolute Häufigkeit 18) in den letzten 12 Monaten infolge dieser Beschwerden im Krankenstand waren.

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Schmerzen in anderen Körperbereichen	Gültig	Medikamente	14	25,5	32,6	32,6
		Keine Medikamente	29	52,7	67,4	100,0
		Gesamt	43	78,2	100,0	
	Fehlend	System	12	21,8		
	Gesamt		55	100,0		
Wirbelsäulenbe- schwerden	Gültig	Medikamente	33	63,5	63,5	63,5
		Keine Medikamente	19	36,5	36,5	100,0
	Gesamt		52	100,0	100,0	

Tabelle 50: Einnahme von Medikamenten

Die Verknüpfung der Fragestellungen über erheblichen Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und Medikamentenkonsum (während des letzten Jahres) zeigt, dass von beinahe 50% Wirbelsäulenpatienten, beinahe zwei Drittel 63,5 % (absolute Häufigkeit 33) in den letzten 12 Monaten Medikamente infolge dieses Gesundheitsproblems eingenommen haben.

8.3 Die Analyse des Pflegebedarfs infolge der Einschränkungen im Alltagsleben

Unterscheidung nach Pflegebedarf aus eigener sozialer Struktur und bezahltem Pflegebedarf

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Beschwerden in sonstigen Körperregionen	Gültig	1- Ehegatte(in), Lebensgefährte(in)	25	45,5	69,4	69,4
		2- (Schwieger-) Tochter/Sohn	7	12,7	19,4	88,9
		3- Soziale Dienste	3	5,5	8,3	97,2
		4- Bezahlte Hilfe	1	1,8	2,8	100,0
		Gesamt	36	65,5	100,0	
	Fehlend	System	19	34,5		
	Gesamt		55	100,0		
Wirbelsäulenbeschwerden	Gültig	1-Ehegatte(in), Lebensgefährte(in)	29	55,8	72,5	72,5
		2- (Schwieger-) Tochter/Sohn	1	1,9	2,5	75,0
		3- Soziale Dienste	8	15,4	20,0	95,0
		4- Bezahlte Hilfe	2	3,8	5,0	100,0
		Gesamt	40	76,9	100,0	
	Fehlend	System	12	23,1		
	Gesamt		52	100,0		

Tabelle 51: Wirbelsäulenschmerzen und Art der häuslichen Pflege

Die Verknüpfung der Fragestellungen über erhebliche Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und häusliche Pflege bei längerer Krankheit zeigt, dass von beinahe 50% Wirbelsäulenpatienten, etwa $\frac{3}{4}$ mit Pflege im familiären Bereich rechnen (absolute Häufigkeit 30), jedoch $\frac{1}{4}$ auf Pflege von sozialen und bezahlten Diensten angewiesen ist (absolute Häufigkeit 10).

Stärke der Einschränkung und der Art der häuslichen Pflege

	Ehegatte(in) Lebensgefähr- te(in)	(Schwieger) Tochter Sohn	Soziale Dienste	Bezahlte Hilfe	Andere	Gesamt
1- Stark eingeschränkt	2	0	1	1	0	4
2- Etwas eingeschränkt	25	3	5	0	0	33
3- Nicht eingeschränkt	21	5	5	1	1	33
Gesamt	48	8	11	2	1	70

Tabelle 52: Stärke der Einschränkung und der Art der häuslichen Pflege

Die Verknüpfung der Fragestellungen über Einschränkung durch ein gesundheitliches Problem im Alltagsleben zeigt, dass von den gültigen 70 Antworten geben 37 Personen an stark oder etwas eingeschränkt zu sein (Bewertung „1“ oder „2“). Von diesen wiederum benötigen 7 Personen Pflege durch soziale und bezahlte Dienste. Damit sind mehr als 20 % der durch ihr gesundheitliches Problem eingeschränkten Personen auf Pflege durch soziale und bezahlte Dienste angewiesen!

8.4 Therapien als Mittel zur Schmerzlinderung

Mehr als die Hälfte der Befragten 57,9 % (absolute Häufigkeit 62) gaben eine zumindest teilweise Besserung der Beschwerden während der Therapien an (siehe Kapitel 7.4.2 Besserung der Beschwerden während der Therapie - Tabelle 29). Dies zeigt, welche hohe Bedeutung Anwendungen von Therapien und Gesundheitsdienstleistungen für die Linderung der Schmerzen haben.

Im Folgenden sollen die Auswirkungen von therapeutischen Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Wirbelsäulenschmerzen gezeigt werden.

Inanspruchnahme verschiedener Therapieformen bei Befragten mit Rückenschmerzen

		Physiotherapie	Rückenschule	Akupunktur	Ernährungsberatung	Komplementäre Behandlungsmethoden	Sonstige Gesundheitsdienstleistungen
Beschwerden in sonstigen Körperregionen	Gültig	9	7	1	1	3	8
	Fehlend	46	48	54	54	52	47
Wirbelsäuleschmerzen	Gültig	22	22	3	2	8	16
	Fehlend	30	30	49	50	44	36

Tabelle 53: Inanspruchnahme verschiedener Therapieformen bei Befragten mit Rückenschmerzen

Tabelle 53 zeigt welche Therapien bei Personen mit Wirbelsäulenschmerzen in Anspruch genommen wurden.

Die häufigsten Gesundheitsdienstleistungen waren Physiotherapie und Rückenschule mit jeweils 22 von 52 Personen mit Wirbelsäulenschmerzen (42,3 %) gefolgt von Sonstigen Therapien (beispielsweise Kur, Massage, Medikamente, Osteopathie) mit 16 Personen (30,8 %). Komplementäre Behandlungsmethoden (Kinesiologie, TCM, etc.) wurden von 8 Personen (15,4 %) in Anspruch genommen, Akupunktur von 3 Personen (5,8 %), Ernährungsberatung von 2 Personen (3,8 %).

Besserung der Beschwerden bei Befragten mit Rückenschmerzen in Abhängigkeit von der angewandten Therapieform

	Therapie- erfolg		Physio- therapie	Rücken- schule	Aku- punktur	Ernäh- rungsbera- tung	Komple- mentäre Behand- lungs- methoden	Sonstige Gesund- heits- dienstleis- tungen
Beschwerden in sonstigen Körperregionen	Ja	Gültig	6	4	0	1	1	1
		Fehlend	6	8	12	11	11	11
	Teilweise	Gültig	3	2	1	0	2	5
		Fehlend	6	7	8	9	7	4
	Nein	Gültig	0	1	0	0	0	2
		Fehlend	4	3	4	4	4	2
Wirbelsäule- schmerzen	Ja	Gültig	10	11	3	1	5	7
		Fehlend	11	10	18	20	16	14
	Teilweise	Gültig	10	10	0	1	3	9
		Fehlend	10	10	20	19	17	11
	Nein	Gültig	2	1	0	0	0	0
		Fehlend	0	1	2	2	2	2

Tabelle 54: Besserung der Beschwerden bei Befragten mit Rückenschmerzen in Abhängigkeit der angewandten Therapieform

Tabelle 54 zeigt die Besserung der Beschwerden bei Befragten mit Rückenschmerzen in Abhängigkeit von der angewandten Therapieform.

Von 55 Personen mit Rückenschmerzen beanspruchten 22 Personen Physiotherapie, welche bei 10 Personen zur Besserung der Beschwerden, und bei weiteren 10 Personen zu einer teilweisen Besserung geführt hat. Nur 2 Personen gaben an, keine Besserung zu verspüren.

Ebenfalls 22 Personen besuchten Rückenschulen, welche bei 11 Personen zur Besserung der Beschwerden und bei weiteren 10 Personen zu einer teilweisen Besserung geführt hat. Nur 1. Person gab keine Besserung an.

Sonstigen Gesundheitsdienstleistungen waren bei 7 von 16 Personen erfolgreich und bei 9 teilweise erfolgreich.

Komplementäre Behandlungsmethoden waren bei 5 von 8 Personen erfolgreich und bei 3 teilweise erfolgreich.

Akupunktur war bei 3 von 3 Personen erfolgreich.

Ernährungsberatung war bei 1. von 2 Personen erfolgreich und bei 1. teilweise erfolgreich.

8.5 Prävention und betriebliche Gesundheitsvorsorge insbesondere bei Rückenbeschwerden

Body Mass Index und chronische Schmerzen

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
BMI: 1- Untergewicht	Gültig	Chronisch	1	25,0	25,0	25,0
		Nicht chronisch	3	75,0	75,0	100,0
		Gesamt	4	100,0	100,0	
BMI: 2- Normalgewicht	Gültig	Chronisch	13	31,7	31,7	31,7
		Nicht chronisch	28	68,3	68,3	100,0
		Gesamt	41	100,0	100,0	
BMI: 3- Übergewicht	Gültig	Chronisch	6	24,0	24,0	24,0
		Nicht chronisch	19	76,0	76,0	100,0
		Gesamt	25	100,0	100,0	
BMI: 4- Adipositas	Gültig	Chronisch	4	66,7	66,7	66,7
		Nicht chronisch	2	33,3	33,3	100,0
		Gesamt	6	100,0	100,0	

Tabelle 55: Body Mass Index BMI und chronische Beschwerden

Tabelle 55 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von chronischen Beschwerden und dem BMI der befragten Personen.

Hierbei wird deutlich, dass in der BMI Kategorie 4 (Adipositas) der Anteil der chronischen Schmerzen mit 66,7 % am Größten ist. Die anderen Kategorien liegen mit 24 % bis knapp 32 % deutlich darunter.

Body Mass Index und Schmerzen im Wirbelsäulenbereich

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
BMI: 1- Untergewicht	Gültig	Wirbelsäulen- schmerzen	3	75,0	100,0	100,0
	Fehlend	System	1	25,0		
	Gesamt		4	100,0		
BMI: 2- Normalgewicht	Gültig	Wirbelsäulen- schmerzen	19	46,3	100,0	100,0
	Fehlend	System	22	53,7		
	Gesamt		41	100,0		
BMI: 3- Übergewicht	Gültig	Wirbelsäulen- schmerzen	6	24,0	100,0	100,0
	Fehlend	System	19	76,0		
	Gesamt		25	100,0		
BMI: 4- Adipositas	Gültig	Wirbelsäulen- schmerzen	3	50,0	100,0	100,0
	Fehlend	System	3	50,0		
	Gesamt		6	100,0		

Tabelle 56: Body Mass Index und Schmerzen im Wirbelsäulenbereich

Die Verknüpfung der Fragestellungen über BMI und dem Auftreten von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich zeigt einen deutlich höheren Anteil von 75 % bei den Untergewichtigen. In etwa gleich sind Adipositas und Normalgewicht mit 50 % und 46,3 %.

Den geringsten Anteil mit Schmerzen im Wirbelsäulenbereich findet man bei den Übergewichtigen mit 24 %.

Sportliche Aktivitäten und chronischen Beschwerden

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1- Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche	Gültig	Chronisch	6	27,3	27,3	27,3
		Nicht chronisch	16	72,7	72,7	100,0
		Gesamt	22	100,0	100,0	
2- Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4Std./ Woche	Gültig	Chronisch	4	25,0	25,0	25,0
		Nicht chronisch	12	75,0	75,0	100,0
		Gesamt	16	100,0	100,0	
3- Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4Std./ Woche	Gültig	Chronisch	1	9,1	9,1	9,1
		Nicht chronisch	10	90,9	90,9	100,0
		Gesamt	11	100,0	100,0	
4- Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4Std./ Woche	Gültig	Chronisch	8	36,4	36,4	36,4
		Nicht chronisch	14	63,6	63,6	100,0
		Gesamt	22	100,0	100,0	
5- Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4Std./ Woche	Gültig	Chronisch	12	44,4	44,4	44,4
		Nicht chronisch	15	55,6	55,6	100,0
		Gesamt	27	100,0	100,0	
6- Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten	Gültig	Chronisch	4	50,0	50,0	50,0
		Nicht chronisch	4	50,0	50,0	100,0
		Gesamt	8	100,0	100,0	

Tabelle 57: Sportliche Aktivitäten und chronischen Beschwerden

Tabelle 57 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von chronischen Beschwerden und der Intensität der sportlichen Aktivitäten der befragten Personen.

Es zeigt sich, dass geringe sportliche Aktivitäten eindeutig mit dem Auftreten von chronischen Beschwerden korrelieren. Am Häufigsten sind chronische Beschwerden mit 50 % bei Intensitätsparameter 6 (Lesen, Fernsehen, ...) anzutreffen. 44,4 % bzw. 36,4 % finden wir bei Personen mit Intensitätsparameter 4 und 5 (mindestens 4 bzw. weniger als 4 Stunden leichte sportliche Aktivität pro Woche).

27,3 % bzw. 25 % finden wir bei intensiven sportlichen Betätigungen (Intensitätsparameter 1 und 2, Leistungssport bzw. Jogging, etc. mehr als 4 Stunden pro Woche).

Am Geringsten mit 9,1 % finden wir chronische Schmerzen im mittleren Bereich.

Sportliche Aktivitäten und Schmerzen im Wirbelsäulenbereich

			Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1- Intensives Training und Leistungsport mehr als 1/ Woche	Gültig	Wirbelsäulenbe- schwerden	5	22,7	100,0	100,0
		Beschwerden in sonstigen Körperregi- onen	17	77,3		
	Gesamt		22	100,0		
2- Jogging, andere Entspannungs- arten oder Gartenarbeit, mindes- tens 4Std./ Woche	Gültig	Wirbelsäulenbe- schwerden	6	37,5	100,0	100,0
		Beschwerden in sonstigen Körperregi- onen	10	62,5		
	Gesamt		16	100,0		
3- Jogging, andere Entspannungs- arten oder Gartenarbeit, weniger als 4Std./ Woche	Gültig	Wirbelsäulenbe- schwerden	6	54,5	100,0	100,0
		Beschwerden in sonstigen Körperregi- onen	5	45,5		
	Gesamt		11	100,0		
4- Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4Std./ Woche	Gültig	Wirbelsäulenbe- schwerden	14	63,6	100,0	100,0
		Beschwerden in sonstigen Körperregi- onen	8	36,4		
	Gesamt		22	100,0		
5- Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4Std./ Woche	Gültig	Wirbelsäulenbe- schwerden	16	59,3	100,0	100,0
		Beschwerden in sonstigen Körperregi- onen	11	40,7		
	Gesamt		27	100,0		
6- Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten	Gültig	Wirbelsäulenbe- schwerden	4	50,0	100,0	100,0
		Beschwerden in sonstigen Körperregi- onen	4	50,0		
	Gesamt		8	100,0		

Tabelle 58: Sportliche Aktivitäten und Schmerzen im Wirbelsäulenbereich

Tabelle 58 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und der Intensität der sportlichen Aktivitäten der befragten Personen.

Am geringsten mit 22,7 % treten Wirbelsäulenbeschwerden bei Personen mit Leistungssport auf (Intensitätsparameter 1). Mit 37,5 % liegen Personen mit intensiver sportlicher Aktivität auf (Intensitätsparameter 2) ebenfalls im unteren Bereich. Danach folgen die Intensitätsparameter 6, 3, 5 und 4 mit jeweils 50 %, 54,5 %, 59,3 % und 63,6.

Rückenschule als erfolgreiche Methode in der betrieblichen Gesundheitsvorsorge zur Vermeidung und Linderung von Beschwerden im Wirbelsäulenbereich

				Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Andere Gesundheits- dienstleis- tungen.	Beschwer- den in sonstigen Körperregi- onen	Gültig	Ja	8	16,7	44,4	44,4
			Teilweise	7	14,6	38,9	83,3
			Nein	3	6,3	16,7	100,0
			Gesamt	18	37,5	100,0	
		Fehlend	System	30	62,5		
		Gesamt		48	100,0		
	Schmerzen im Wirbel- säulenbe- reich	Gültig	Ja	10	33,3	47,6	47,6
			Teilweise	10	33,3	47,6	95,2
			Nein	1	3,3	4,8	100,0
			Gesamt	21	70,0	100,0	
		Fehlend	System	9	30,0		
		Gesamt		30	100,0		
Rücken- schule	Beschwer- den in sonstigen Körperregi- onen	Gültig	Ja	4	57,1	57,1	57,1
			Teilweise	2	28,6	28,6	85,7
			Nein	1	14,3	14,3	100,0
			Gesamt	7	100,0	100,0	
	Schmerzen im Wirbel- säulenbe- reich	Gültig	Ja	11	50,0	50,0	50,0
			Teilweise	10	45,5	45,5	95,5
			Nein	1	4,5	4,5	100,0
			Gesamt	22	100,0	100,0	

Tabelle 59: Rückenschule als erfolgreiche Therapie Methode

Die Rückenschule ist eine der bewährtesten Methoden zur Verhinderung und zur Linderung von Rückenbeschwerden. Tabelle 65 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anwendung von Rückenschule als Therapie und dem Therapieerfolg bei Befragten mit Schmerzen im Wirbelsäulenbereich. Hierbei gaben von 22 Personen aus dieser Gruppe 11 Personen (absolute Häufigkeit 50 %) eine Besserung während der Rückenschule und 10 Personen (absolute Häufigkeit 45,5 %) eine teilweise Besserung an. Dies sind in Summe mehr als 95 %!

9. Schlussbetrachtung und Ausblick

Rückenschmerzen sind heute die meistverbreitete Zivilisationskrankheit mit oft jahrelangen Leidensgeschichten, damit verbundenen Einbußen der Lebensqualität sowie massiver Kosten für das Gesundheitssystem.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass begleitende Maßnahmen wie z.B. Rückenschule zur Linderung von Beschwerden im Wirbelsäulenbereich beitragen und dadurch erforderliche Kosten für Pflege und Therapien reduzieren.

Hierfür wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt, der neben den allgemeinen Lebensverhältnissen vor allem auch die Auswirkungen der körperlichen Einschränkungen auf das private und Arbeitsleben beleuchtete, sowie die Auswirkungen auf die Pflege.

Befragt wurden 107 Personen aus meinem beruflichen Umfeld sowie deren Familien mit einer Altersstruktur im Bereich 30 bis 50 Jahre, die mitten im Arbeitsleben stehen. Das Verhältnis Frauen zu Männern war 60 zu 40.

48,6% (52 von 107) der Befragten leiden unter Rückenschmerzen (34 Frauen und 18 Männer (53,1%, 41,9%)), wobei 66,7% chronische und 33% nicht chronische Beschwerden hatten.

Die Intensität der Schmerzen wurde angegeben mit Durchschnitt 4,44 auf einer Skala von 1-10.

Der Mitteleuropäer verbringt pro Woche mindestens 40 Stunden am Arbeitsplatz, das bedeutet rund ein Drittel des Tages. Gerade im beruflichen Alltag führen dauerhafte Schmerzen oder gesundheitliche Probleme zu Einbußen der Lebensqualität und führen zur Einschränkung

der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Gerade im Berufsleben treten Rückenschmerzen am häufigsten auf.

Von 54 Befragten mit erheblichen Schmerzen hatten im Beruf immerhin $\frac{3}{4}$ (40 Personen) Rückenschmerzen. Hiervon 55,8% von geringeren bis mittleren Schmerzen und 19,2 % sogar von mittleren bis starken Schmerzen. Meine Arbeit hat deutlich gezeigt, dass Vorbeugen viel effizienter wäre als heilen, weil im letzten Jahr 34,6% (das sind mehr als $\frac{1}{3}$) mit Wirbelsäulenbeschwerden im Krankenstand waren! Fast $\frac{2}{3}$ der Befragten nahmen Medikamente, woraus zu schließen ist, dass viele mit Beschwerden und unter medikamentöser Therapie arbeiten gegangen sind!

Starke Beeinträchtigungen im Alltag können die Lebensqualität herabsetzen und zum Pflegebedarf sowie den erforderlichen Therapien und die damit verbundenen Kosten führen.

Meine Forschungsarbeit hat aufgezeigt, dass Familienangehörige bei $\frac{3}{4}$ der Wirbelsäulenpatienten die wichtigste Betreuungsressource bei längerer Krankheit leisten.

$\frac{1}{4}$ der Betroffenen sind bei notwendiger Hilfe auf professionelle Fachpflege angewiesen. Das Thema Pflege wird somit zu einem zentralen sozial- und gesundheitspolitischen Problembereich.

Aktuell waren 37 Personen stark oder etwas eingeschränkt, von diesen benötigen 7 Personen Pflege durch soziale und bezahlte Dienste. Damit sind mehr als 20 % der durch ihr gesundheitliches Problem eingeschränkten Personen auf Pflegedienste angewiesen!

Therapien sind ein wichtiger Beitrag zur Behandlung bzw. Linderung der Beschwerden. Hierfür wurden im Fragebogen sowohl medizinische als auch komplementäre Behandlungsmethoden angeboten.

Mehr als die Hälfte der Befragten (57,9 %) gaben eine zumindest teilweise Besserung der Beschwerden während der Therapien an.

Die häufigsten Gesundheitsdienstleistungen waren Physiotherapie und Rückenschule mit jeweils 22 von 55 Personen mit Wirbelsäulenschmerzen (42,3 %) gefolgt von sonstigen Therapien (beispielsweise Kur, Massage, Medikamente, Osteopathie).

Es ist unumstritten, dass sich ausgeglichene Ernährung und körperliche Aktivität positiv auf die Gesundheit auswirken. Regelmäßige Bewegung hilft, gesund zu bleiben. Leider ist es eine Tatsache, dass in der heutigen Gesellschaft die meisten Menschen sowohl in der Freizeit als auch in Beruf einen hohen Anteil Ihrer Zeit sitzend verbringen. Der dadurch entstehende Bewegungsmangel erhöht das Risiko von chronischen Erkrankungen. Meine Forschungsarbeit

zeigte deutlich auf, dass der geringste Anteil an Wirbelsäulenbeschwerden bei Personen auftritt, die regelmäßigen Sport oder Leistungssport betreiben (22,7 % - siehe Tabelle 58).

Adipositas hat in den letzten Jahrzehnten in vielen Industrieländern zugenommen, was gesundheitspolitisch im 21. Jahrhundert eine große Herausforderung darstellt.⁶⁵ Ausschlaggebend dafür ist ein Lebensstil mit wenig körperlicher Betätigung und kalorienreicher Ernährung. In den EU Ländern liegt Österreich im Mittelfeld der übergewichtigen Bevölkerung.⁶⁶

In meiner Arbeit ist auch erwähnenswert, dass bei Adipositas der Anteil der chronischen Schmerzen mit 66,7 % am Größten ist. Die anderen Kategorien liegen mit 24 % bis knapp 32 % deutlich darunter.

Die Verknüpfung von BMI und dem Auftreten von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich zeigt aber auch einen deutlich höheren Anteil von 75 % bei den Untergewichtigen (wenig vorhandenes Muskelkorsett).

Gesundheitsvorsorge führt zu einer wesentlichen Verbesserung der allgemeinen gesundheitlichen Situation und damit zu einer Verringerung der Patienten mit Rückenproblemen.

Die gesamte Lebensweise, ins besonders in der Arbeit, hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr verändert. Viele körperliche Tätigkeiten werden heute nicht mehr von Arbeitnehmern übernommen, sondern von Maschinen. Sehr oft werden die Arbeitnehmer durch die sitzende Tätigkeit und der damit verbundenen Bewegungsarmut mit Wirbelsäulenbeschwerden konfrontiert. Hierbei kann auch die betriebliche Gesundheitsvorsorge eine wichtige Rolle spielen. Deshalb wäre es als Präventivmaßnahme sehr wichtig, dass der Arbeitsgeber betriebliche Gesundheitsförderung ermöglicht und somit den Arbeitnehmer mehr Körperbewusstsein und mehr Aktivität initiiert. In weiterer Folge kommt es für den Arbeitsgeber zur Kostenreduktion durch Senkung der Krankenstandsrate, zu Mitarbeitern mit mehr Initiative, Engagement sowie Energie und letztendlich zur Steigerung der Attraktivität des Unternehmens.

Um dieses Ziel zu erreichen, wäre eine Möglichkeit die Teilnahme an eine Rückenschule im Betrieb zu gestatten. Das Basisanliegen der Rückenschule ist als Haltungs- und Verhaltenstraining zu verstehen, hierbei werden sowohl an die Personen adressiert, die bereits Probleme mit ihrem Rücken (sekundäre Prävention) haben, als auch jene, die durch ihr Alltagsleben (Beruf, Schule, Freizeit) oder ihre körperliche Verfassung bereits zu einer Risikogruppe gehören (primäre Prävention, präventive Rückenschule).

⁶⁵ vgl. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S.31

⁶⁶ vgl. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S.34

In meiner Diplomarbeit habe ich obiges untersucht. Das Ergebnis war, dass von 22 Personen aus dieser Gruppe 11 Personen (relative Häufigkeit 50 %) eine Besserung während der Rückenschule und 10 Personen (relative Häufigkeit 45,5 %) eine teilweise Besserung angaben. Dies sind in Summe mehr als 95 %!

Ich bin der Überzeugung, dass eine Zusammenarbeit und ein Austausch an Wissen und Erfahrungen mit Ärzten, Therapeuten, Rückenschulen, Krankenkassen und entsprechenden Verbänden unerlässlich ist.

Als unterstützende Maßnahme wäre es sicher von großem Vorteil, wenn die Krankenkassen sich an den Kosten der Rückenschule in Betrieben beteiligen würden. Langfristig gesehen bedeutet das auch finanzielle Einsparung, da die Kosten für die Prävention sicher geringer sind als Langzeit-Krankenstände, hohes Ausmaß an Medikamentenverbrauch und möglicherweise jahrelange Pflege.

Anhang

Literaturverzeichnis

Buchquellen:

BARTHOLOMEYCZIK, Sabine, LINHART, Monika, MAYER, Hanna, MAYER, Herbert: Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. Elsevier, München, Fakultas Verlag- und Buchhandels, 1. Auflage, Wien, 2008, S. 89-91

BÄKER, Bernard, REISKY, Peter: Die verrückte Bandscheibe. Wirksame Hilfe bei Rückenschmerzen. Ehrenwirth, München, 2000, S. 120

BIENIEK, Stefan, FRIEDRICHS, Michael, ROEX, Jaques, BÖDEKER, Wolfgang: Prävalenz von Rückenschmerzen, orthopädische Auffälligkeiten und Leistung der Rumpfmuskulatur bei Berufstätigen. Ergebnisse einer frühdiagnostischen Wirbelsäulenuntersuchung. Wirtschaftsverlag NW, 1 Auflage, Bremerhaven, 2004, S. 1

FIEBELER-KRAUSE, Haide: Chronische Wirbelsäulenerkrankungen in der orthopädisch-rheumatischen Rehabilitation und ihre Beurteilung aus psychosozialer Sicht. Dissertation, Freie Universität Berlin, 2004, S. 5-7

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH: Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, S.20

GÄRTNER, Karla, GRÜNHEID, Evelyn, LUY, Marc, BUNDESINSTITUT FÜR BEVÖLKERUNGSFORSCHUNG (Germany): Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005, S. 96

GIESERT, Marianne: Prävention: Pflicht & Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis. VSA- Verlag, Hamburg, 2008, S.18

GROTKASTEN, Silke, KIENZERLE, Hubert: Wirbelsäulengymnastik. Das praktische Übungsprogramm zur Gesunderhaltung der Wirbelsäule und zu Therapie degenerativer Bandscheiben- und Wirbelsäulenveränderungen. Wilhelm Heyne Verlag, 15. Auflage, München, 1991, S.211

GRÖNEMEYER, Dietrich: Mein Rückenbuch. Das sanfte Programm zwischen High Tech und Naturheilkunde. Zabert Sandmann, 2 Auflage, München, 2004, S. 105

HARTER, W., H., SCHIFFERDECKER-HOCH, F., BRUNNER, H.,E., DENNER, A.: Menschen in Bewegung. Multidimensionale Neuausrichtung in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005, S.1-2, 137, 139

HENEWEER, Hans, VANHEES, Luc, SUSAN, H. PICAVER J. (2009): Physical activity and low back pain: A U-shaped relation? Pain 143, S. 21-25

JAHRBUCH DER GESUNDHEITSSTATISTIK, Herausgeber und Hersteller – Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien 2010, S.341

KEMPF, Hans-Dieter: Die Neue Rückenschule. Das Praxisbuch, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2010, S. 4-5, 7 – 8

KING, Cynthia R., HINDS, Pamela, S.: Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie, Forschung, Praxis. Hans Huber, 1. Auflage, Bern, 2001, S.32

MARTIN, Suzanne: Rückentraining für jeden Tag. Dorling Kindersley Verlag, München, 2008, S.94

MAYER, Frank H.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zur Methodik der Messung. P.C.O. Verlag, Bayreuth, 1998, S.28

MÜLLER-MUNDT, Gabriele: Chronischer Schmerz. Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Hans Huber, 1. Auflage, Bern, 2005, S. 62-63

NENTWIG, C. G. (1999): Effektivität der Rückenschule. Ein Überblick über die Ergebnisse der evidenz-basierten Evaluation. Der Orthopäde 1999, 28:958-965

PFINGSTEN, Michael: Chronischer Rückenschmerzen. Wege aus dem Dilemma. Hans Huber, Bern, 1998, S.83, 98-99, 187

SCHADE, Johannes. Lexikon Medizin und Gesundheit. MedicaPress AG, MedicaPress Inc., 2003, S 179

SCHIPPERGES, Heinrich: Lebensqualität und Medizin in der Welt von morgen. Wissenschaftsverlag Richard Rothe, Erste Auflage , Passau, 1996, S. 13, 28

SCHOPPMAYER, Maria-Anna: Anatomie und Physiologie. Prüfungswissen für Pflegeberufe. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1996, S.37

SEIDEL, Elisabeth, WALTER, Ilsemarie: Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Wilhelm Maudrich, Wien, 2005

SCHMAUDERER, Achim: Wirbelsäulengymnastik. Lust zum Üben. Gräfe und Unzer Verlag, München, 2004, S. 28

STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien, S. 1, 19-22 , 31, 34

TAIT, R.C., CHIBNALL, J.T., KRAUSE, S. (1990): The Pain Disability Index: Psychometric properties. Pain. 1990 40(2):171-182.

WEINECK, Jürgen. Sportbiologie. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Spitta Verlag 2000, S.497

WERNER, Günter, NELLES, Michael: Rückenschule. Endlich schmerzfrei und entspannt. Gräfe und Unzer Verlag, München, 1999, S. 6-7, 13-15

WEWERKA, Gerti: Rückenschonende Pflege. Arbeitstechniken bei verschiedenen Krankheitsbildern. W. Kohlhammer, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, 2007, S. 20

WHOQOL Group, The: The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Hg): Quality of life assessment: international perspectives. Proceedings of the joint-meeting organized by the World Health Organization and the Foundation (IPSEN) in Paris, July 2-3, 1993. Springer-Verlag, 1. Auflage, Berlin, 1994, S.41-57.

Broschüren:

TEWA/ AWD. PHARMA: Was tun bei Rückenschmerzen. Einige Tipps für den Alltag. AWD.pharma, 4. Auflage, Radebeul, 2009, S. 7

Gesundheitsaktion SOS Körper: Rücken ohne Tücken. Konservative Orthopädie. Speisingerstraße 109, 1130 Wien

Zeitschriftenartikel:

AKTION GESUNDER RÜCKEN e. V., 20. Auflage 2008. Rücken Signale, S. 3

NENTWIG, C. G.: Effektivität der Rückenschule. Ein Überblick über die Ergebnisse der evidenz-basierten Evaluation. In: Der Orthopäde 11-99. Springer-Verlag 1999, S.958-965

HENEWEER; Hans et al.: "Physical activity and low back pain: A U-shaped relation?" In: Pain 143, 2009, S. 21-25

Internet:

<http://www.aerztemagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=64302&dspaid=489947> (16.06.2010)

<http://www.agr-ev.de/html/page.asp?pageID=79> (15.04.2010)

http://www.pharmazeutischezeitung.de/index.php?id=5349&no_cache=1&sword_list
(18.12.2009)

<http://www.springerlink.com/content/u610726281616695> (04.05.2010)

<http://www.schmerzliga.de/dsl/schmerztherapie/bewegungstherapie.htm> (16.04.2010)

http://www.physioaustria.at/?page_id=1422 (21.05.2008)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Beziehung zwischen Faktoren, Verhaltensweisen und Gesundheitszustand	14
Abb. 2: Das biopsychosoziale Modell von Rückenschmerzen und Beeinträchtigung	16
Abb. 3: Ausgewählte chronische Krankheiten nach Geschlecht, Lebenszeitprävalenz	20
Abb. 4: Häufigkeit von erheblichen Schmerzen während der letzten zwölf Monate nach Schmerzorten und Geschlecht	21
Abb. 5: Ursachen von Rückenschmerzen	24
Abb. 6: Beispiel für die Komplexität der Interventionsebenen auf das Gesundheitsverhalten anhand des sozialökologischen Modells zum Gesundheitsverhalten	27
Abb. 7: Zusammenhang von Schmerzrisiko und Bewegungsintensität	29
Abb. 8: Mobilisation und Dehnung –Halswirbelsäule	94
Abb. 9: Mobilisation und Dehnung-Lendenwirbelsäule	94
Abb. 10: Dehnung-Halswirbelsäule	95
Abb. 11: Dehnung-Lenden-Darmbeinmuskel	95
Abb.12: Kräftigung-Halswirbelsäule	96
Abb. 13: Kräftigung-Lendenwirbelsäule und Bauchmuskulatur	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07	32
Tabelle 2: Geschlechterverteilung	41
Tabelle 3: Altersstruktur	41
Tabelle 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung	42
Tabelle 5: Arbeitsbedingungen mit Schicht- oder Wechseldiensten	42
Tabelle 6: BMI – Kategorie	43
Tabelle 7: Körperliche Aktivitäten	44
Tabelle 8: Chronische Schmerzen	45
Tabelle 9: Schmerzbereich – Wirbelsäule	46
Tabelle 10: Schmerzbereich – Fuß	46
Tabelle 11: Schmerzbereich – Hüfte / Knie	46
Tabelle 12: Schmerzbereich – Schulter / Arm / Hand	46
Tabelle 13: Schmerzbereich – Sonstige Körperregionen	46
Tabelle 14: Schmerzintensität	47
Tabelle 15: Schmerzintensität- Mittelwert	47
Tabelle 16: Haushalt	48
Tabelle 17: Beruf	48
Tabelle 18: Freizeit	48
Tabelle 19: Sport	48
Tabelle 20: Krankenstände	49
Tabelle 21: Einnahme von Medikamenten	49
Tabelle 22: Betreuung und häusliche Pflege bei längerer Krankheit	50
Tabelle 23: Physiotherapie	50
Tabelle 24: Rückenschule	50
Tabelle 25: Akupunktur	51
Tabelle 26: Ernährungsberatung	51
Tabelle 27: Komplementäre Behandlungsmethoden	51
Tabelle 28: Sonstige Gesundheitsdienstleistungen	51
Tabelle 29: Besserung der Beschwerden während der Therapie	52
Tabelle 30: Einschränkungen im Alltagsleben infolge gesundheitlicher Probleme	52

Tabelle 31: Einschränkungen im Alltagsleben infolge chronischer Schmerzen	53
Tabelle 32: Auswirkung auf familiäre und häusliche Verpflichtungen	54
Tabelle 33: Auswirkung auf Erholung	54
Tabelle 34: Auswirkung sozialer Aktivitäten	55
Tabelle 35: Auswirkung auf den Beruf	56
Tabelle 36: Auswirkung auf das Sexualleben	56
Tabelle 37: Auswirkung auf die Fähigkeit zur Selbstversorgung	57
Tabelle 38: Auswirkung auf lebensnotwendige Tätigkeiten	58
Tabelle 39: Chronische Wirbelsäulenschmerzen	59
Tabelle 40 : Wirbelsäulenschmerzen bei Frauen und Männer	60
Tabelle 41: Fußschmerzen bei Frauen und Männer	60
Tabelle 42: Schmerzen in Hüfte/ Knie bei Frauen und Männer	60
Tabelle 43: Schulter-, Arm- oder Handschmerzen bei Frauen und Männer	60
Tabelle 44: Schmerzen in sonstigen Körperregionen bei Frauen und Männer	61
Tabelle 45: Mittlere Schmerzintensität und Schmerzlokalisierung	62
Tabelle 46: Beeinträchtigung der Lebensqualität und Schmerzlokalisierung	62
Tabelle 47: Auftreten von Wirbelsäulenschmerzen im Beruf	63
Tabelle 48: Stärke der Beeinträchtigung durch Schmerzen im Beruf bei Wirbelsäulenproblemen	63
Tabelle 49: Krankenstände	64
Tabelle 50: Einnahme von Medikamenten	65
Tabelle 51: Wirbelsäulenschmerzen und Art der häuslichen Pflege	66
Tabelle 52: Stärke der Einschränkung und der Art der häuslichen Pflege	67
Tabelle 53: Inanspruchnahme verschiedener Therapieformen bei Befragten mit Rückenschmerzen	68
Tabelle 54: Besserung der Beschwerden bei Befragten mit Rückenschmerzen in Abhängigkeit der angewandten Therapieform	69
Tabelle 55: Body Mass Index BMI und chronische Beschwerden	70
Tabelle 56: Body Mass Index und Schmerzen im Wirbelsäulenbereich	71
Tabelle 57: Sportliche Aktivitäten und chronische Beschwerden	72
Tabelle 58: Sportliche Aktivitäten und Schmerzen im Wirbelsäulenbereich	74
Tabelle 59: Rückenschule als erfolgreiche Therapie Methode	75

Fragebogen- Erhebungsinstrument der Untersuchung

Begleitbrief zum Fragebogen

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

Mein Name ist Alicja Czupak, ich bin Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und Studentin des individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich eine Studie mittels Fragebogenerhebung zum Thema: „Charakteristika von berufstätigen Personen mit Schmerzen insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und deren Auswirkungen auf die Bewältigung des täglichen Lebens“ durch. Für mich persönlich nehmen Wirbelsäulenerkrankungen aufgrund der steigenden Häufigkeit einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft ein.

Im nachfolgenden Fragebogen versuche ich die Auswirkung auf die Lebensqualität im täglichen Leben von Personen die unter Rückenschmerzen leiden zu erörtern.

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig und anonym.

Die Fragebögen werden ausschließlich von meiner Person eingesehen und bearbeitet.

Ich bitte Sie, diesen Fragebogen so bald wie möglich auszufüllen und mir kommende Woche zu retournieren.

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Teilnahme an meiner Umfrage.

Mit freundlichen Grüßen

Alicja Czupak

1. Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?

1. Ja

2. Nein

2. Hatten Sie während der letzten zwölf Monate erhebliche Schmerzen im Bereich:

1. Wirbelsäule(Rücken)

☐ ja

☐ nein

2. Fuß

☐ ja

☐ nein

3. Hüfte/ Knie

☐ ja

☐ nein

4. Schulter/ Arm/ Hand

☐ ja

☐ nein

5. Sonstige Körperregionen.....

3. Bitte geben Sie die durchschnittliche Stärke Ihrer Schmerzen der letzten sieben Tage mit einer Zahl zw. 1 und 10 an. 1 bedeutet geringe Schmerzen, 10 bezeichnet den stärksten Schmerz.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

4. Waren Sie wegen dieser Schmerzen in den letzten zwölf Monate im Krankenstand?

1. Ja

2. Nein

5. Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen?

1. Ja

2. Nein

6. Welche Gesundheitsdienstleistungen haben Sie in Anspruch genommen?

(Mehrfachantworten möglich)

1. Physiotherapie
2. Rückenschule
3. Akupunktur
4. Ernährungsberatung
5. Komplementäre Behandlungsmethoden (z.B. Kinesiologie, Traditionelle Chinesische Medizin etc.)
6. Sonstige Gesundheitsdienstleistungen

7. Haben Sie während der Therapie eine Besserung der Beschwerden gespürt?

1. Ja 2. Teilweise 3. Nein

8. In welchen Situationen haben Sie die meisten Beschwerden/Schmerzen verspürt?

1. Haushalt 2. Beruf 3. Freizeit 4. Sport

9. Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

1. Stark eingeschränkt 2. Etwas eingeschränkt 3. Nicht eingeschränkt

10. Wenn Sie häusliche Pflege benötigen, wer betreut Sie bei längerer Krankheit?

1. Ehegatte(in), Lebensgefährte(in) 2. (Schweiger-)Tochter/Sohn 3. Soziale Dienste
4. Bezahlte Hilfe

11. Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?

1. Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche

2. Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Std. pro Woche
3. Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Std. pro Woche
4. Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Std. pro Woche
5. Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Std. pro Woche
6. Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten

12. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?

1. Pflichtschule
2. Lehre mit Berufsschule
3. Fach- oder Handelsschule ohne Matura
4. Höhere Schule mit Matura
5. Studium an Universität, Fachhochschule

13. Arbeiten Sie derzeit in Schichtarbeit oder Wechseldienst?

1. Ja
2. Nein

14. Wie groß sind Sie?

.....cm

15. Wie viel wiegen Sie?

.....kg

16. Ihre Geschlecht?

1. Weiblich
2. Männlich

17. Wie alt sind Sie?

Zw. 20- 29, 30- 39, 40- 49, 50- 59, 60- 69

18. Familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten; 0-keine Beeinträchtigung, 10-völlige Beeinträchtigung)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Erholung (dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten wie z.B. Feste, Theater, Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Beruf (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer) Tätigkeit)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Sexualleben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Selbstversorgung (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Lebensnotwendige Tätigkeiten (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich danke Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich Zeit für die Befragung genommen haben.

Übungen für eine gesunde Wirbelsäule im täglichen Leben

In diesem Kapitel präsentiere ich einige sanfte Übungen, die für jeden gesunden Menschen im Tagesablauf regelmäßig durchgeführt werden können.

Meine Empfehlungen dienen Menschen deren Beweglichkeit durch langes Sitzen oder Stehen eingeschränkt ist.



Abb. 8: Mobilisation und Dehnung -Halswirbelsäule

67

MOBILISATION und DEHNUNG

Neigen Sie Ihren Kopf nach vorne und drehen Sie ihn langsam so, dass abwechselnd das linke und dann das rechte Ohr zur Decke zeigt, 5-10-mal.⁶⁸



Abb. 9: Mobilisation und Dehnung-Lendenwirbelsäule

69

MOBILISATION und DEHNUNG

Gehen Sie in Knie–Hand-Stellung und halten Sie Ihren Rücken gerade. Kinn zur Brust ziehen und Rücken rund machen (Katzenbuckel). Kehren Sie mit dem Ausatmen in die Bankstellung

⁶⁷ vgl. Rücken ohne Tücken, S.11

⁶⁸ vgl. Grotkasten/Kienzerle, S.211

⁶⁹ vgl. Rücken ohne Tücken, S.25

zurück und strecken Sie die Wirbelsäule (den Bauch einziehen und Nacken lang machen). Der Blick ist auf den Boden gerichtet. 5-10-mal.⁷⁰



Abb. 10: Dehnung-Halswirbelsäule

71

DEHNUNG

Neigen Sie Ihren Kopf nach rechts und ziehen Sie den linken Arm in Richtung Boden bis Sie die Dehnung an der rechten Halsseite spüren. 10-30 Sekunden halten, dann wieder entspannen und die Seite wechseln.⁷²



Abb. 11: Dehnung-Lenden-Darmbeinmuskel

73

DEHNUNG

Sie stehen aufrecht, ein Fuß wird auf den Sessel erhöht aufgestellt. Jetzt gehen Sie mit Ihrem Körper nach vorne (Bauch einziehen, Becken nach hinten kippen), bis eine Dehnung in dem

⁷⁰ vgl. Martin, S.94

⁷¹ vgl. Rücken ohne Tücken, S.8

⁷² vgl. Schmauderer, S.28

⁷³ vgl. Rücken ohne Tücken, S.21

Lenden-Darmbeinmuskel zu spüren ist. Achten Sie darauf, die Wirbelsäule gestreckt zu lassen. 10-20 Sekunden in der Dehnung bleiben, dann Beinwechsel. 5-mal pro Seite.⁷⁴



Abb.12: Kräftigung-Halswirbelsäule 75

KRÄFTIGUNG

Legen Sie die Hand seitlich an den Kopf, drücken Sie den Kopf gegen die Hand 6 Sekunden, ohne dass sich die aufrechte Haltung verändert. Seite wechseln. 5-10-mal. Legen Sie beide Hände an den Hinterkopf und drücken Sie 6 Sekunden lang den Kopf in die Hände ohne dass sich die Position verändert. 5-10-mal.⁷⁶



Abb. 13: Kräftigung-Lendenwirbelsäule und Bauchmuskulatur 77

KRÄFTIGUNG

In Rückenlage sind die Beine 90° gebeugt, der Bauch und Rumpf ist angespannt. Beginnen Sie langsam ein Bein nach vorn ausstrecken und wieder zurück, dann das Bein wechseln. 10-mal pro Seite.⁷⁸

⁷⁴ vgl. Michler, Graß, 1996, S.129

⁷⁵ vgl. Rücken ohne Tücken, S.9

⁷⁶ vgl. Rücken ohne Tücken, S.9

⁷⁷ vgl. Rücken ohne Tücken, S.23

⁷⁸ vgl. Rücken ohne Tücken, S.23

Curriculum Vitae

Alicja Czupak



Alicja Czupak

Vorgartenstr.124/3/346, 1020 Wien

+43 (0) 664 / 5334134

a0647926@unet.univie.ac.at

Geburtsdatum: 20.12.1970

Staatsbürgerschaft: Österreich

Kinder: Tochter (20 J.)

Beruflicher Werdegang (vertragsbedienstet)

1995 – 2009	DGKS, SMZ Ost Anästhesie / AWR und Schmerz Ambulanz Gynäkologiestation Augenstation HNO und Gesichts-Chirurgie
1994	DGKS, Sozialmedizinisches Zentrum Süd (KFJ) Interne
1992 – 1994	DGKS, Pensionistenheim Wieden II, Kuratorium Wien
1990 – 1991	DGKS, AKH Legnica Interne / Gastrologie

Beruflicher Werdegang (selbstständig)

2000 – dato Gesundheitsberaterin für öffentliche und private Wirtschaftsunternehmen
dzt. Schwerpunkt: Ernährung, Bewegung, Prävention arbeitsbedingter Hal-
tungsschäden.

Kurse, Seminare, Vorträge im EU-Raum

Privat: Audi, Dorotheum, Gesiba

Öffentlich: AKH, BFI, Kuratorium, Otto Wagner Spital, SMZ-Ost,
SV-Träger, Via Donau

Aus- und Weiterbildungen

2007 – 2011	Studium der Pflegewissenschaften, Universität Wien
2001 – 2003	Ausbildung zur Wellness – Trainerin, Diplom-Abschluss
1985 – 1990	Medizinisches Gymnasium Legnica, Polen
	Matura 1989, Diplom DGKS 1990

Sprachen

Deutsch, Polnisch (fließend)
Englisch, Russisch (Kenntnisse)

